

Soziale Faktoren der Pandemie

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Soziale Faktoren der Pandemie

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Sabine Haas
Daniela Antony
Gabriele Antony
Sylvia Gaiswinkler
Robert Griebler
Carina Marbler
Marion Weigl
Petra Winkler

Unter Mitarbeit von:

Lilian Diem, Carla Spilauer
und der Co-Forschenden: Margaret Carter, Daniela Gießbauer, Michael Herzog, Wolfgang Krenser, Martin Kuchelbacher, Jakob Mayer, Shiva Prugger, Karola Riegler, Gerhard Scheifinger, Astrid Wenzl

Fachliche Begleitung:

Anna Riebenbauer (BMSGPK)
Martin Schenk (Armutskonferenz)
Karin Schindler (BMSGPK)

Projektassistenz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Die im Rahmen des Projekts durchgeführte partizipative Forschung (vgl. Kap. 2.2 und Kap. 5) wurde durch die Ludwig Boltzmann Gesellschaft im Rahmen des **Pilot Call for Public & Patient Involvement and Engagement in Research 2020** kofinanziert.



Zitervorschlag: Haas, Sabine; Antony, Daniela; Antony, Gabriela; Gaiswinkler, Sylvia; Griebler, Robert; Marbler, Carina; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2021): Soziale Faktoren der Pandemie. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/1/5262

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zu den Nachhaltigkeitszielen (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ und 10 „Weniger Ungleichheiten“ und zur Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich, insbesondere zum Ziel „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ bei.



Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund und Ziel

Die COVID-19-Pandemie schärft den Blick für bestehende gesundheitliche und soziale Ungleichheiten. Sie zeigt, dass sozioökonomische wie gesundheitliche Ungleichheiten die Entwicklung einer Pandemie fördern können, eine solche Public-Health-Krise aber auch Ungleichheiten verstärken kann. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu analysieren, was hinsichtlich dieser Wechselwirkungen für Österreich aus der aktuellen Pandemie gelernt und wie diesen zukünftig besser begegnet werden kann.

Methoden

Es kam eine Kombination verschiedener Methoden (Mixed-Methods-Ansatz) zur Anwendung. Eine umfassende Literaturlanalyse lieferte eine Bestandsaufnahme von internationalen wie österreichischen Erkenntnissen. Im Rahmen eines partizipativen Prozesses mit zwölf Co-Forschenden, die selbst soziale Benachteiligungen erlebten bzw. erleben, wurde eine qualitative Erhebung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (47 Interviews, 191 schriftliche Befragungen) durchgeführt. Ergänzt wurde diese um eine Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern relevanter Einrichtungen. Darüber hinaus wurden zwei Daten-Workshops mit Fachleuten durchgeführt und die Datlage analysiert.

Ergebnisse

International liegen zahlreiche Studien und Analysen vor, die belegen, dass sowohl die unmittelbare Betroffenheit durch die Pandemie als auch die Auswirkungen der Maßnahmen der Pandemieeindämmung stark von sozioökonomischen Faktoren beeinflusst sind. Die für Österreich verfügbaren Ergebnisse bestätigen die internationalen Erkenntnisse, allerdings beinhalten viele der vorliegenden Studien keine (vertiefenden) Analysen nach sozioökonomischen Faktoren. Darüber hinaus fehlen Routinedaten (z. B. Registerdaten), die nach sozioökonomischen Merkmalen analysiert werden und damit systematische Einblicke ermöglichen würden.

Die im Rahmen des Projekts durchgeführte qualitative Erhebung hat wichtige vertiefende Einblicke erlaubt, um dahinterliegende Mechanismen zu den Zusammenhängen in Bezug auf sozioökonomische Faktoren zu verstehen. Berichtet wurde über – teilweise massive – soziale und wirtschaftliche Auswirkungen der Pandemie (Arbeitsplatz- und Einkommensverluste, Lebensmittelknappheit, Verlust der Wohnung, Schulden, Abhängigkeit von nahestehenden Personen, fehlende soziale Kontakte, Stigmatisierung etc.). Dies schlug sich auch in gesundheitlichen Belastungen (Stress, Angst und Einsamkeit, Depressionen, Selbstmordgedanken, aber auch das Erreichen von körperlichen Grenzen) nieder bzw. wurden schon bestehende gesundheitliche (insb. psychische) Probleme verstärkt. Bestimmte Gruppen (z. B. sehbehinderte Menschen aufgrund von Einschränkungen bei der persönlichen Assistenz) waren auch von der eingeschränkten Verfügbarkeit spezifischer Dienstleistungen und Unterstützungsangebote besonders betroffen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Lernerfahrungen dieser Pandemie können dafür genutzt werden, sich auf zukünftige Public-Health-Krisen (weitere Pandemien, Gesundheitsauswirkungen des Klimawandels etc.) besser vorzubereiten. Diesbezüglich sollten vor allem folgende Aspekte beachtet werden:

„Equity im Fokus“: Die Berücksichtigung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit muss strukturell verankert und integrativer Bestandteil von Strategien, Plänen und Maßnahmenkonzepten sein. Die Entwicklungen in einer Public-Health-Krise sollten mit einer Art von „Equity-Brille“ betrachtet werden, wofür es auch ein kontinuierliches Monitoring unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Faktoren braucht.

Gesamtgesellschaftliche Perspektive / Gesundheit in allen Politikfeldern: Eine essenzielle Wirksamkeit von Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Bewältigung einer Public-Health-Krise kann nur dann erreicht werden, wenn ein Zusammenwirken verschiedenster Politikfelder sichergestellt ist, da die jeweiligen Maßnahmen sich gegenseitig beeinflussen und sich daher deren Wirkung positiv verstärken oder auch konterkarieren kann.

Sozialsystem/Sozialschutz: Das Sozialsystem spielt in Bezug auf die Auswirkungen der Pandemie auf sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine besondere Rolle. Ein umfassender staatlicher Sozialschutz kann auch in der Krise Grundbedürfnisse sichern. Sofern dies nicht grundsätzlich gegeben ist, braucht es rasche und unbürokratische finanzielle Unterstützung, damit die Krise für vulnerable Gruppen nicht existenzbedrohend wird.

Unterschiedliche Bedürfnisse und Voraussetzungen: Bei der Maßnahmenplanung in einer Public-Health-Krise müssen unterschiedliche – physische und materielle ebenso wie soziale oder kulturelle – Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die unterschiedlichen Voraussetzungen für die Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen nach sozioökonomischem Status sollten ebenfalls mitbedacht und beachtet werden.

Sozialer Zusammenhalt: Die Pandemie hat Chancen und Herausforderungen für den sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalt aufgezeigt. Es braucht spezifische Maßnahmen zur Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts und insb. auch des Vertrauens auf gesellschaftlicher Ebene. Partizipation und Kommunikation kommt dabei ein wichtiger Stellenwert zu.

Partizipation: Die Partizipation relevanter Zielgruppen ist eine wichtige Strategie, um Unterschiede nach sozioökonomischen Faktoren, diversen Lebensrealitäten etc. berücksichtigen zu können. Der direkte Einbezug von Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern sozioökonomisch benachteiligter oder vulnerabler Gruppen ermöglicht es, deren Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten in Entscheidungen mitzubedenken bzw. darauf zu reagieren.

Kommunikation: Die Pandemie hat auch gezeigt, welche zentrale Rolle Kommunikation spielt. Es braucht eine möglichst einfache, leicht verständliche Sprache, zielgruppenorientierte und wertschätzende Kommunikation, Mehrsprachigkeit sowie die Nutzung geeigneter Kanäle. Es besteht

der Wunsch nach Transparenz, Ehrlichkeit und Sachlichkeit anstelle eines Zuviels an Information oder angstmachender Kommunikation.

Menschenrechte, Diskriminierung und Stigmatisierung: Erfahrungen von Diskriminierung und Stigmatisierung untergraben das Vertrauen in die Gesellschaft bzw. das Zugehörigkeitsgefühl und damit auch die Bereitschaft, sich an Maßnahmen zu beteiligen. Bei der Planung von Maßnahmen zur Kriseneindämmung sollten daher auch Auswirkungen in Hinblick auf Menschenrechte, Diskriminierung und Stigmatisierung berücksichtigt werden.

Neben diesen spezifischen Schlussfolgerungen und Empfehlungen wird international auch noch auf die Notwendigkeit der Stärkung von Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung hingewiesen. Des Weiteren wird empfohlen, für Krisen „vorzusorgen“, indem in „normalen“ Zeiten gute Voraussetzungen geschaffen werden, da – insbesondere in den „akuten“ Phasen – während einer Krise die Ressourcen (insb. auch Zeit und Aufmerksamkeit) knapp sind und bei der notwendigen Priorisierung wichtige Themen fast notgedrungen zu kurz kommen (können).

Es wird gefordert, dass neben der Ökologie auch die Chancengerechtigkeit im Zentrum von Aktivitäten des Wiederaufbaus („green and fair recovery“) stehen sollte. Das bedeutet, dass dieser auf ökologische Nachhaltigkeit sowie ökonomische und soziale Resilienz abzielen und insbesondere auch die Bedürfnisse der am stärksten betroffenen Gruppen adressieren sollte. Es braucht wirksame Strategien und Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, da die Folgen steigender Ungleichheit sich negativ auf die gesamte Gesellschaft auswirken.

Schlüsselwörter

COVID-19-Pandemie, Syndemie, gesundheitliche Ungleichheiten, sozioökonomische Determinanten

Summary

Background and Objectives

The COVID 19 pandemic raises awareness of existing health and social inequalities. It shows that socio-economic and health inequalities can promote the development of a pandemic, but that such a public health crisis can also reinforce inequalities. The aim of this study was to analyse what can be learned from the current pandemic for Austria with regard to these interactions and how they can be better countered in the future.

Methods

A combination of different methods (mixed methods approach) was used. A comprehensive literature review provided an inventory of international and Austrian findings. Within the framework of a participatory process with 12 co-researchers who themselves have experienced or experience social disadvantage, a qualitative survey of socially disadvantaged population groups (47 interviews, 191 written surveys) was conducted. This was supplemented by a focus group with representatives of relevant institutions. In addition, two data workshops were held with experts and the data situation was analysed.

Findings

Internationally, there are numerous studies and analyses that prove that both the direct impact of the pandemic and the effects of pandemic containment measures are strongly influenced by socio-economic factors. The results available for Austria confirm the international findings, but many of the available studies do not include (in-depth) analyses according to socio-economic factors. Furthermore, there is a lack of routine data (e.g. register data) that are analysed according to socio-economic characteristics and would thus allow systematic insights.

The qualitative survey conducted within the project allowed important in-depth insights to understand underlying mechanisms on the interrelationships in relation to socio-economic factors. The social and economic impact of the pandemic was reported, sometimes on a massive scale (job and income losses, food shortages, loss of housing, debts, dependence on close ones, lack of social contacts, stigmatisation, etc.). This was also reflected in health problems (stress, anxiety and loneliness, depression, suicidal thoughts, but also reaching physical limits) or already existing health (especially mental) problems were aggravated. Certain groups (e.g. visually impaired people

due to limitations in personal assistance) were particularly affected by the limited availability of specific services and support.

Conclusion and Recommendations

The learning experiences of this pandemic can be used to better prepare for future public health crises (further pandemics, health impacts of climate change, etc.). In this regard, the following aspects in particular should be taken into account:

"Equity in focus": The consideration of socio-economic determinants of health must be structurally anchored and an integrative component of strategies, plans and concepts of measures. Developments in a public health crisis should be viewed with a kind of "equity lens", which also requires continuous monitoring taking socio-economic factors into account.

Overall societal perspective / health in all policy fields: The essential effectiveness of measures to contain or overcome a public health crisis can only be achieved if the interaction of a wide range of policy fields is ensured, as the respective measures influence each other and the effect can therefore be positively reinforced or counteracted.

Social system/social protection: The social system plays a special role with regard to the impact of the pandemic on socio-economically disadvantaged population groups. Comprehensive state social protection can also ensure basic needs during the crisis. If this is not generally the case, rapid and unbureaucratic financial support is needed.

Different needs and preconditions: When planning measures in a public health crisis, different needs – physical and material as well as social or cultural – must be taken into account. The different preconditions for the implementation of recommended measures according to socio-economic status should also be considered and taken into account.

Social cohesion: The pandemic has highlighted opportunities and challenges for social and societal cohesion. Specific measures are needed to promote social and societal cohesion and especially trust at the societal level. Participation and communication play an important role in this.

Participation: The participation of relevant target groups is an important strategy in order to understand differences in socio-economic factors, diverse life realities, etc. The direct involvement of self-advocates of socio-economically disadvantaged or vulnerable groups makes it possible to take their needs and options for action into account in decisions and to react to them.

Communication: The pandemic has also shown the central role of communication. There is a need for language that is as simple and easy to understand as possible; communication that is target group-oriented and appreciative; multilingualism; and the use of appropriate channels. There is a

desire for transparency, honesty and objectivity instead of too much information or fear-mongering communication.

Human rights, discrimination and stigmatisation: Experiences of discrimination and stigmatisation undermine trust in society and the sense of belonging and thus the willingness to participate in measures. Human rights impacts, discrimination and stigmatisation should therefore be taken into account when planning crisis mitigation measures.

In addition to these specific conclusions and recommendations, the need to strengthen public health, prevention and health promotion is also pointed out internationally. Furthermore, it is recommended to "prepare" for crises by creating good conditions in "normal" times, since – especially in the "acute" phases – resources (especially time and attention) are scarce during a crisis and important issues (can) almost inevitably be neglected in the necessary prioritisation.

It is demanded that in addition to ecology, equity should also be at the centre of recovery activities ("green and fair recovery"). This means that it should aim at ecological sustainability as well as economic and social resilience and, in particular, address the needs of the most affected groups. Effective strategies and measures are needed to promote health equity, as the consequences of rising inequalities have a negative impact on society as a whole.

Keywords

COVID-19 pandemic, syndemic, health inequalities, socio-economic determinants

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VI
Abbildungen.....	X
Abkürzungen.....	XI
1 Hintergrund und Ziele.....	1
2 Methoden	2
2.1 Literaturanalysen	2
2.2 Qualitative Erhebung.....	3
2.3 Daten	6
3 COVID-19 als Syndemie.....	7
4 Literaturanalysen	13
4.1 Kinder und Jugendliche	13
4.2 Ältere Menschen	17
4.3 Gender	20
4.4 Menschen mit Migrationshintergrund	27
4.5 Spezifische vulnerable Gruppen	36
4.6 Bildung.....	39
4.7 Arbeit und berufliche Situation.....	40
4.8 Armut und Einkommen	46
4.9 Soziales Netzwerk/Familie	51
4.10 Weitere relevante Aspekte.....	55
4.11 Diskussion.....	58
5 Qualitative Erhebungen.....	60
5.1 Soziale und ökonomische Auswirkungen der Corona-Pandemie.....	62
5.2 Gesundheitliche Aspekte der Pandemie	69
5.3 Informationen und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.....	73
5.4 Notwendigkeiten, Ideen und Anregungen für zukünftige Krisen.....	75
6 Datenlage.....	79
6.1 Direkte Gesundheitsfolgen der Pandemie	80
6.2 Indirekte Gesundheitsfolgen der Pandemie.....	82
6.3 Resümee.....	85
7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	86
Literatur	93

Abbildungen

Abbildungen:

Abbildung 2.1: Der partizipative Prozess.....	5
Abbildung 3.1: COVID-19-Syndemie	8
Abbildung 3.2: Drei Phasen der sozioökonomischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie.....	11
Abbildung 5.1: Informationen zu den Co-Forschenden	60
Abbildung 6.1: Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten.....	80

Tabellen

Tabelle 2.1: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl relevanter Literatur	3
Tabelle 5.1: Statistische Informationen zu den Personen, die an Interviews und Kurzerhebung teilnahmen.....	61

Abkürzungen

BAME	Black, Asian, Minority Ethnic
EIGE	Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Hintergrund und Ziele

Die COVID-19-Pandemie schärft den Blick für bestehende gesundheitliche und soziale Ungleichheiten. Sie zeigt, dass sozioökonomische wie gesundheitliche Ungleichheiten die Entwicklung einer Pandemie fördern können, eine solche Public-Health-Krise aber auch Ungleichheiten verstärken kann. Im wissenschaftlichen Diskurs wird die COVID-19-Pandemie daher auch als Lupe wie Katalysator in Hinblick auf Ungleichheiten bezeichnet.

Internationale Studien sowie anekdotische Berichte aus Österreich wiesen bereits im Jahr 2020 darauf hin, dass Menschen in prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Zugleich zeigte sich, dass die gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie unterschiedliche Bevölkerungsgruppen ungleich treffen. Aufgrund der bekannten Wechselwirkungen von sozialen Determinanten und Gesundheit ist davon auszugehen, dass es infolge der Pandemie – ohne entsprechende Gegenmaßnahmen – kurz- bis längerfristig negative gesundheitliche Auswirkungen bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen geben kann. Darüber hinaus wird angenommen, dass Pandemien ebenso wie andere Public-Health-relevante Krisensituationen (z. B. infolge des Klimawandels) in Zukunft auch in Ländern wie Österreich häufiger vorkommen werden und soziale Faktoren dabei jeweils eine große Rolle spielen werden.

Ausgehend von diesem Hintergrund stellt sich die Frage, was hinsichtlich dieser Wechselwirkungen aus der aktuellen Pandemie gelernt und wie diesen zukünftig besser begegnet werden kann. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hatte sich in unterschiedlichen Arbeits- und Themenschwerpunkten (u. a. Kinder, Gender, Migration, Chancengerechtigkeit, Gesundheitsberichterstattung) bereits punktuell mit dieser Frage befasst. Eine umfassendere österreichspezifische Bestandsaufnahme fehlte aber noch, wenn auch zahlreiche rund um die COVID-19-Pandemie durchgeführte österreichspezifische Studien vermuten ließen, dass spezifische Erkenntnisse vorhanden sein dürften.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, aufbauend auf einer vergleichenden Betrachtung relevanter Arbeiten (Studien, Analysen etc.) sowie einer ergänzenden qualitativen Erhebung mit und bei benachteiligten Gruppen die Wechselwirkungen von sozialen/sozioökonomischen Determinanten und Gesundheit in der aktuellen Pandemie umfassend zu beleuchten. Auf Basis dieser Analysen sollten Lernerfahrungen und übergeordnete Schlussfolgerungen und Empfehlungen abgeleitet werden, um eine Orientierung für zukünftige Maßnahmen zu bieten.

Begleitet wurde die Umsetzung des Projekts durch eine Steuerungsgruppe mit Karin Schindler (BMSGPK), Anna Riebenbauer (BMSGPK) und Martin Schenk (Armutskonferenz), denen wir für die konstruktive und wertschätzende Kooperation danken. Unser Dank gilt auch allen Kolleginnen und Kollegen der GÖG, die mit ihrer Expertise diese Arbeit unterstützt haben, insb. Roman Winkler für die Durchsicht des Literaturteils und Alexander Degelsegger-Márquez, Gerhard Fülöp, Michael Humer, Rainer Lukas und Gunter Maier für die Arbeiten rund um Daten. Besonders danken möchten wir den Co-Forschenden für ihr großes Engagement und ihren wertvollen Beitrag zum Projekt.

2 Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit kam ein Mixed-Methods-Ansatz zur Anwendung. Es wurden verschiedene Methoden kombiniert (Literaturanalysen, qualitative und insb. partizipative Erhebungen, Datenanalysen), die im Folgenden beschrieben werden.

2.1 Literaturanalysen

Zur Identifizierung relevanter Literatur (v. a. mit Bezug auf den österreichischen Kontext) in Hinblick auf die Zielsetzungen des Projekts (vgl. Kap. 1) und insbesondere auf die Fragestellung „Wie und von welchen sozialen bzw. sozioökonomischen sowie gesundheitlichen Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie sind sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligte Gruppen betroffen?“ wurden zum einen im Rahmen unterschiedlicher Projekte und Arbeiten der GÖG ab Anfang 2020 gesammelte Publikationen durchgesehen und zum anderen wurde eine orientierende Literatursuche durchgeführt. Für letztere wurden im März/April 2021 folgende Quellen durchsucht:

- » COVID-19 Social Data Austria (<https://covid19studien.ihs.ac.at/covid19>)
- » Forschungsprojekte zu COVID-19 der MedUni Wien (Forschungs-Projekte der MedUni Wien zu COVID-19 | MedUni Wien)
- » IHS Resources Regarding COVID-19 (<https://www.ihs.ac.at/about/public-relations/news/ihs-resources-covid-19/>)
- » SORA Institute for Social Research and Consulting (<https://www.sora.at/>)
- » »Wien erforscht Corona« WWTF COVID-19 Rapid Response Call (<https://www.wwtf.at/covid/>)
- » Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 (<https://www.public-health-covid19.de/>)
- » Gesundheit Österreich GmbH (<https://goeg.at/>)
- » Forschungsdatenbank der Donau-Universität Krems (Forschungsdatenbank – Donau-Universität Krems)
- » Austrian Institute for HTA (<https://aihta.at/page/homepage/de>)
- » Medizinische Universität Graz (<https://forschung.medunigraz.at/fodok/rio.suche.startseite>)
- » UMIT Publikationen (umit-tirol.at)
- » Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (<https://www.sozialministerium.at/public.html>)
- » Statistik Austria (https://pic.statistik.at/web_de/statistiken/index.html)

Die analytische Handsuche wurde im Februar 2021 auf einschlägigen internationalen Websites durchgeführt:

- » European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (COVID-19 (europa.eu))
- » Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Coronavirus disease (COVID-19) (who.int))
- » European Partnership for Health, Equity and Wellbeing (<https://eurohealthnet.eu/>)
- » European Public Health Association (EUPHA) (<https://eupha.org/>)
- » Health Inequalities Portal (<https://health-inequalities.eu/>)
- » The King's Fund (<https://www.kingsfund.org.uk/>)

In den nachfolgenden Wochen und Monaten publizierte und als potenziell relevant erachtete Studien wurden bis September 2021 ebenfalls noch einbezogen.

Zur Auswahl relevanter Literatur wurden vorab folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

Tabelle 2.1:
Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl relevanter Literatur

Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien, die auf Österreich oder vergleichbare Länder nicht übertragbar sind (z. B. Studien mit Fokus auf afrikanische Bevölkerungsgruppen)
A4	Studien, die vor dem Jahr 2020 publiziert wurden
Thematische Ausschlusskriterien	
A5	Andere Fragestellung bzw. anderer Schwerpunkt, als in der Fragestellung definiert, wird behandelt.
A6	Andere Erkrankung wird untersucht (z. B. Untersuchung der Spanischen Grippe).
A7	Andere Zielgruppe steht im Fokus der Studie.
A8	Chancengerechtigkeit wird nicht berücksichtigt/beschrieben/untersucht.
Publikationstyp/Studiendesign	
A9	nicht passendes Studiendesign (z. B. narrative Reviews, In-vitro- oder Tier-Studien, Fallberichte)
A10	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Posters, „Comments“, „Letters“)
Einschlusskriterien	
E1	systematische Übersichtsarbeiten / Metaanalysen
E2	Primärstudien (alle Studiendesigns)
E3	Studien für den Hintergrund, Diskussion

Darstellung: GÖG

Nach Sichtung der Literatur lagen rund 140 relevante wissenschaftliche Arbeiten vor, die in die Analyse eingeschlossen wurden. Im Rahmen des vorliegenden Berichts wurden diese Studien nicht qualitätsbewertet, da dies vor dem Hintergrund der verfügbaren Ressourcen des Projekts nicht machbar war, aber auch in Hinblick auf die Zielsetzungen nicht dringend notwendig erschien. Die eingeschlossenen Studien wurden in Evidenztabelle aufbereitet und im Kapitel Literaturanalysen (vgl. Kap. 4) deskriptiv zusammengefasst.

2.2 Qualitative Erhebung

Im Rahmen eines partizipativen Prozesses wurde eine qualitative Erhebung unter sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen angestrebt. Ziel war es, gemeinsam mit einer Gruppe von Co-Forschenden aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen Erhebungsinstrumente zu erarbeiten und dann auch die Erhebung durch die Co-Forschenden durchführen zu lassen. Die endgültige Entscheidung wurde gemeinsam mit den Co-Forschenden getroffen. Dieser partizipative Prozess wurde durch die Ludwig Boltzmann Gesellschaft im Rahmen des **Pilot Call for Public & Patient Involvement and Engagement in Research 2020** kofinanziert.

Der partizipative Prozess

Zwölf Personen, die selbst soziale Benachteiligungen erlebten bzw. erleben, nahmen als Co-Forschende an dieser partizipativen Datenerhebung teil. Diese Personen wurden unter Mithilfe von Organisationen wie Neustart, SMZ Liebenau, VIDA, Wohnpartner, Ambermed, Neunerhaus, Sophie, VinziRast, Armutskonferenz etc. rekrutiert.

Im Rahmen von jeweils sechs Forschungswerkstätten in Graz und in Wien wurden zunächst ihre eigenen Erfahrungen mit der Pandemie reflektiert, darauf aufbauend die Forschungsfragen konkretisiert, die Methoden und Leitfäden erarbeitet, die Co-Forschenden für die Datenerhebung geschult, die Ergebnisse der Datenerhebung reflektiert und interpretiert sowie Empfehlungen für den Umgang mit weiteren Pandemien bzw. Krisen abgeleitet und die Dissemination der Ergebnisse besprochen.

Ergänzt wurde dieser Prozess durch die Phase der Datenerhebung, bestehend aus Pretests, der Akquise der Teilnehmer:innen aus dem eigenen Umfeld und der Durchführung von jeweils mindestens vier Interviews, sowie das Einholen von ergänzenden Kurzfragebögen. Letztere wurden in Papierform, als Online-Fragebögen und als barrierefreie Fragebögen via E-Mail für blinde und sehbehinderte Menschen angeboten und seitens der Co-Forschenden beworben. Die Interviews wurden mittels Audiospur aufgezeichnet und von den Co-Forschenden in anonymisierter Form transkribiert. Die Einwilligung der Interviewpartner:innen wurde schriftlich von den Co-Forschenden eingeholt. Die inhaltsanalytische Datenanalyse sowie die statistische Datenauswertung erfolgte durch das Projektteam. Die Co-Forschenden beteiligten sich auch an der Verbreitung der Ergebnisse, u. a. im Rahmen eines GÖG-Colloquiums und einer Veranstaltungsreihe der VHS (vgl. auch Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Der partizipative Prozess



Quelle und Darstellung: GÖG

Ergänzend war eine Datenerhebung mittels PhotoVoice geplant, insbesondere für diejenigen, für die keine längere bzw. intensive Beteiligung vorstellbar war oder die kein Honorar entgegennehmen konnten, wie z. B. Asylwerber:innen. Letztendlich konnte für diese Art der Beteiligung nur ein Mann aus einer Asylunterkunft gewonnen werden. Dies lag nach Meinung der involvierten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unter anderem daran, dass für Asylwerber:innen während der Lockdowns über lange Zeit die Tagesstruktur weggefallen ist. Dies hat sich in der Folge negativ auf die Betroffenen und ihre Motivation, aktiv zu sein, ausgewirkt. Es war daher auch für sie schwierig, nach den Lockdowns Asylwerber:innen wieder für gemeinsame Aktivitäten zu motivieren.

Des Weiteren wurden die Ergebnisse auch im Rahmen einer Fokusgruppe mit neun Einrichtungsleitungspersonen von NGOs reflektiert, um auch ihre Perspektive berücksichtigen zu können. Diese Erfahrungen wurden im Kapitel 5 ergänzt und entsprechend gekennzeichnet.

2.3 Daten

Es erfolgte eine Bestandsaufnahme von verfügbaren Daten mit Relevanz für die Fragestellungen des Projekts (vgl. Kap. 1). Da relativ bald klar wurde, dass nur beschränkt Daten vorliegen, die eine vertiefende Analyse nach sozioökonomischen Faktoren erlauben, wurden auch Daten-Workshops zur Diskussion und zum Austausch rund um das Thema organisiert.

Ein erster Daten-Workshop fand am 4. Mai 2021 GÖG-intern mit einschlägigen Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Abteilungen statt. Es wurden der Status quo sowie gegebene Rahmenbedingungen und Voraussetzungen in Hinblick auf die (aktuelle wie eine ev. zukünftig verbesserte) Verfügbarkeit von Datenanalysen nach sozioökonomischen Faktoren analysiert und Ideen für GÖG-interne Anwendungsbeispiele („Use Cases“) zum Aufzeigen des Nutzens entsprechender Analysen sondiert.

Am 30. Juni und am 29. November 2021 fanden Daten-Workshops mit externen Fachleuten statt. Es wurden diesbezüglich sowohl Vertreter:innen von Institutionen, die selbst Daten halten (z. B. Statistik Austria, AGES, Sozialversicherungsträger) oder erheben (div. Forschungsinstitutionen), als auch Expertinnen und Experten, die entsprechende Daten für ihr Erkenntnisinteresse benötigen (würden), sowohl aus dem Gesundheitsbereich (insb. Public Health) als auch aus anderen relevanten Bereichen eingeladen. Beim Juni-Workshop fand analog zum GÖG-internen Workshop zunächst ein Austausch zum aktuellen Stand statt und danach wurden Ideen für eine Verbesserung diskutiert und mögliche Anwendungsbeispiele gesammelt. Beim November-Workshop wurden – neben einem Update zur COVID-Datenplattform, die an der GÖG angesiedelt ist – vier Use Cases präsentiert und diskutiert und Rückschlüsse und Empfehlungen für eine zukünftig verbesserte Datenlage nach sozioökonomischen Faktoren abgeleitet.

Die Ergebnisse zu den Arbeiten rund um Daten sind in Kapitel 6 dargestellt.

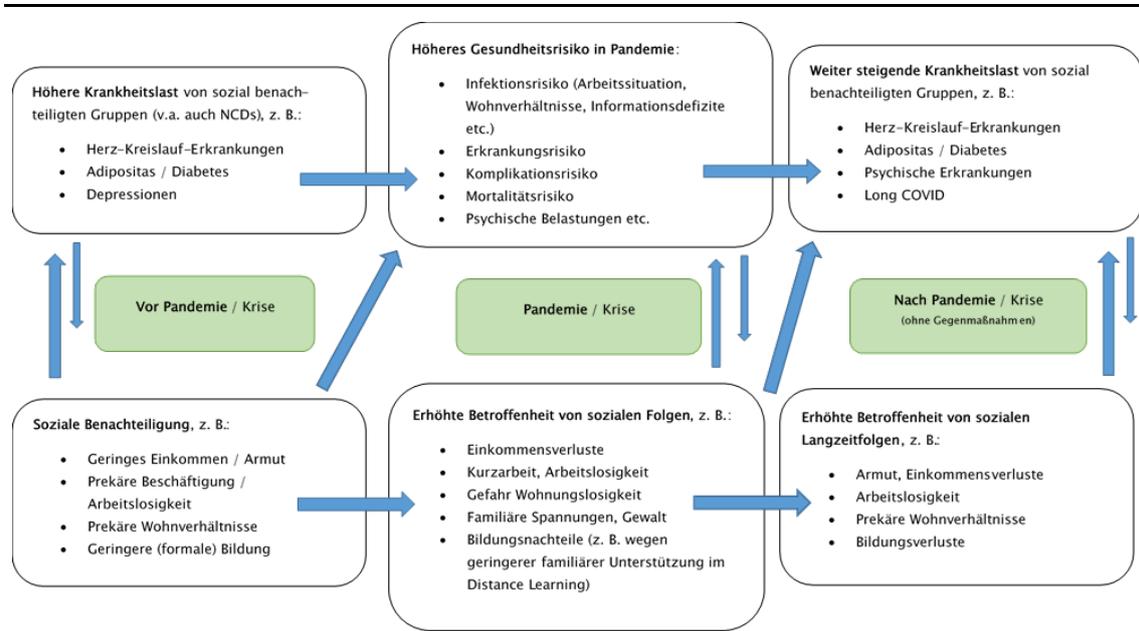
3 COVID-19 als Syndemie

Der sozioökonomische Status ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung. Zahlreiche Studien und Analysen zur COVID-19-Pandemie zeigen, dass ein solcher „sozialer Gradient“ der Gesundheit auch in der aktuellen Pandemie deutlich zu beobachten ist.

Die **COVID-19-Pandemie interagiert mit bereits bestehenden Ungleichheiten und verstärkt sie** – sowohl bezogen auf die sozialen bzw. sozioökonomischen Lebensbedingungen als auch auf Gesundheit (vgl. z. B. Bamba et al. 2020; EuroHealthNet 2020a; Marmot et al. 2020; PHE 2020; WHO 2020d). Sozioökonomische Faktoren (z. B. Haushaltseinkommen, Bildung, Beschäftigung, Herkunft, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen) schlagen sich in sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten nieder und führen zu einer ungleichen Krankheitslast. In den letzten Jahrzehnten war dies vor allem in Hinblick auf nicht übertragbare chronische Erkrankungen („Epidemie des 21. Jahrhunderts“) zu beobachten. Die erhöhte Betroffenheit sozioökonomisch benachteiligter Gruppen von entsprechenden Krankheiten trägt in der Pandemie im Fall einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu einem erhöhten Risiko für eine COVID-19-Erkrankung, damit einhergehende Komplikationen und einen möglichen tödlichen Ausgang bei. Auch sozial bedingte umweltbezogene Ungleichheiten (z. B. unterschiedliche Exposition bezogen auf schlechte Luftqualität, Lärm, belastende Arbeitsbedingungen) erhöhen die Vulnerabilität für COVID-19 aufgrund der daraus entstehenden Vorerkrankungen (z. B. Asthma, Atemwegserkrankungen) (EEA 2020). Zugleich gehen die Lebens- und Arbeitsbedingungen sozial benachteiligter Gruppen mit einem erhöhten Infektionsrisiko einher und sie sind häufig auch von den Maßnahmen zur Pandemieeindämmung und deren Folgen besonders betroffen. Insgesamt zeigt sich damit, dass sozioökonomische Ungleichheiten (z. B. belastende Arbeits-, Lebens-, Wohnbedingungen, Auswirkungen von chronischem Stress und Deprivation) und sozioökonomisch bedingte Ungleichheiten bei chronischen Krankheiten sich auch in Ungleichheiten in der COVID-19-Pandemie niederschlagen, was wiederum – ohne entsprechende Gegenmaßnahmen – die gesundheitlichen Ungleichheiten kurz- bis langfristig verstärkt.

Bamba et al. (2020) haben diesen Zusammenhang als „Syndemie“ kontextualisiert. Dieser Begriff beschreibt das **gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheiten und sozialer Probleme**, die zusammen einen besonders starken negativen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Frühere Pandemien belegen, dass Infektionskrankheiten nicht sozial neutral sind. Die Inzidenz der Spanischen Grippe war in der Arbeiterklasse und in armutsbetroffenen Bevölkerungsgruppen deutlich höher. Zudem zeigt Evidenz aus den USA, dass diese Pandemie langfristig zu Ungleichheiten bezogen auf Kindergesundheit und kindliche Entwicklung führte. Studien zur H1N1-Pandemie von 2009 und zur saisonalen Grippe bestätigen die sozioökonomischen Einflüsse.

Abbildung 3.1:
COVID-19-Syndemie



Quelle: GÖG

Es liegen aus einer Reihe von Ländern Analysen und Berichte vor, die den syndemischen Charakter von COVID-19 genauer beleuchten (vgl. auch Kap. 4). **Sozial benachteiligte Gruppen** (wie ethnische Minderheiten, prekär Beschäftigte, in benachteiligten Wohnvierteln Lebende, wohnungslose Menschen etc.) haben nicht nur schlechtere Ausgangsbedingungen (Deprivation, Diskriminierung, Wohn-/Arbeits-/Lebensbedingungen, Vorerkrankungen etc.), sondern sind auch von Maßnahmen der Pandemieeindämmung (Lockdowns etc.) stärker bzw. unterschiedlich betroffen (Bibby et al. 2020; Burström/Tao 2020; EuroHealthNet 2020a). Sie sind häufiger als „Frontline-Worker“ tätig und können damit nicht auf Homeoffice ausweichen; niedrigbezahlte, junge und weibliche Arbeitskräfte sowie Menschen mit Migrationshintergrund tragen eine besonders große Last. Sie leben eher in überfüllten Wohnungen mit schlechtem Zugang zu Grünräumen. Sie sind vermehrt auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen und besonders von Einkommensverlusten betroffen.

Dies schlägt sich in einer **höheren Betroffenheit von COVID-19** nieder, wie u. a. zahlreiche Studien und Daten aus Großbritannien und den USA zeigen (Charles/Ewbank 2020; Dyakova et al. 2021; EuroHealthNet 2020a; Marmot et al. 2020; PHE 2020; Turner-Musa et al. 2020; Williamson et al. 2020). In Großbritannien waren bereits vor der Pandemie in den letzten zehn Jahren steigende gesundheitliche Ungleichheiten zu verzeichnen, was z. B. der Rückgang der Lebenserwartung von Menschen, die in besonders benachteiligten Regionen wohnen, deutlich macht. Diese Entwicklungen haben die Schwere der Pandemie verschärft und setzen sich nun aufgrund der Pandemie fort. Die strukturelle Benachteiligung von Menschen, die in deprivierten Wohngebieten leben oder wohnungslos sind, ein geringes Einkommen haben (und deswegen beispielsweise häufig in überfüllten Wohnungen oder unter schlechten Wohnbedingungen leben), die in gering qualifizierten bzw.

„Frontline“-Jobs (z. B. Security; Fahrer:innen von Taxi, Bus etc.; in Küche, Verkauf, Bauarbeit, Sozialarbeit, Pflege) arbeiten etc., schlägt sich in einem deutlich erhöhten Mortalitätsrisiko bezogen auf COVID-19 nieder. Die Risiken sind kumulativ, weshalb beispielsweise Angehörige der BAME-Gruppen (Black, Asian, Minority Ethnic) bzw. Migrantinnen und Migranten (die in vielen der gefährdeten Gruppen überproportional vertreten sind) einem besonders hohen Mortalitätsrisiko ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 4.4 bzw. unten). Dieses erhöhte Risiko von Armutsbetroffenen und BAME-Gruppen kann auch nicht vorrangig durch Vorerkrankungen erklärt werden.

Für Deutschland wird vermerkt, dass Daten und Analysen zu den sozialen und sozioökonomischen Zusammenhängen rund um die COVID-19-Pandemie weitgehend fehlen (Wahrendorf et al. 2020), dass aber – analog zu Studien in Großbritannien, den USA etc. – vor allem in Hinblick auf Exposition und Vulnerabilität auch in Deutschland von sozial bedingten Ungleichheiten auszugehen ist, weniger hingegen in Hinblick auf Ungleichheiten in der Versorgung. Ein ähnlicher Befund könnte für Österreich gelten, wo ebenfalls kaum vertiefende Daten vorliegen.

Neben den sozioökonomischen Lebensbedingungen dürfte auch **Stigmatisierung** die Ungleichheiten in der Pandemie verstärken (Campell et al. 2020; Turner–Musa et al. 2020; van Bavel et al. 2020). So tragen beispielsweise zur ungleich höheren Betroffenheit mancher Bevölkerungsgruppen (z. B. Afroamerikaner:innen in den USA: 13 % Bevölkerungsanteil, 28 % COVID-19-Morbidität und 33 % Hospitalisierung; ca. 4,3 Mal höhere Wahrscheinlichkeit für COVID-19-Mortalität von Schwarzen in Großbritannien im Vergleich zu Weißen) vermutlich nicht nur ein schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung, prekäre Wohnbedingungen, Einkommensungleichheit etc. bei, sondern auch Misstrauen gegenüber Behörden oder dem medizinischen System aufgrund von negativen Vorerfahrungen und Sorgen, die im Zusammenhang mit Stigmatisierung stehen (z. B. Sorge um Polizeiaktionen bei Schwarzen in den USA, da Maske bei ihnen mit Kriminalität assoziiert wird) (Turner–Musa et al. 2020). Stigma reduziert damit nicht nur die Möglichkeiten zum Infektionsschutz, sondern könnte Übertragung und Mortalität erhöhen. Stigmatisierung trägt auch dazu bei, dass COVID-19 die Ungleichheit vor allem bei jenen „am Ende der Gesellschaft“ und jenen mit intersektionalen Merkmalen bzw. Strukturkategorien (z. B. weiblich, schwarz, mit Behinderung, alleinerziehend) verstärkt (Campell et al. 2020). Ökonomische Benachteiligung wie beispielsweise auch eine fehlende oder mangelnde Krankenversicherung steht in intersektionalen Zusammenhängen mit ethnischem Hintergrund, Herkunft, Gruppenzugehörigkeit (van Bavel et al. 2020). Zugangs- und Sprachbarrieren in Hinblick auf Informationen oder Gesundheitsversorgung, Stigma/Diskriminierung oder ein ungesicherter Aufenthaltsstatus tragen zu einer erhöhten epidemiologischen Vulnerabilität bei (Gobierno de Espana/Ministerio de Sanidad 2020).

Benachteiligte Gruppen haben nicht nur schlechtere Ausgangsbedingungen und ein größeres Infektionsrisiko, sondern – z. B. aufgrund fehlender ökonomischer und sozialer Ressourcen, eines mangelnden Zugangs zu Technologien und geringer Anpassungsmöglichkeiten – auch weniger **Ressourcen und Resilienz für Coping** (Dublin City Community Co-op 2020). Für viele vulnerable Gruppen stellt schon die Sicherung von Basisbedürfnissen wie Essen, Unterkunft, Schutz und Gesundheit eine Herausforderung dar. Ungleichheiten des Zugangs zu Ressourcen beeinflussen das Infektionsrisiko z. B. auch über die Möglichkeiten, sich an Empfehlungen für Infektionsschutz anzupassen (z. B. können wohnungslose Menschen Hygieneregeln wie Händewaschen nur schwer einhalten; Menschen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, können

Menschenmassen nicht vermeiden; viele Berufstätige können nicht auf Homeoffice ausweichen etc.) (van Bavel et al. 2020). Spezifische Gruppen (geringes Einkommen, mit Behinderung, undokumentierte Migrantinnen und Migranten, wohnungslose Menschen, Menschen mit geringen Grund- oder digitalen Kompetenzen, in Institutionen lebende Menschen etc.) sind daher sowohl in Hinblick auf die Pandemie als auch auf die Eindämmungsmaßnahmen besonders gefährdet (Antony et al. 2021; Douglas et al. 2020; Green et al. 2020).

Das Gesundheitssystem kann – auch unabhängig von Problemen beim Zugang zu Leistungen wegen mangelnder Krankenversicherungen – zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Pandemie beitragen. So geht die „**Inverse Equity Hypothesis**“ davon aus, dass neue Gesundheitsinterventionen (Medikamente, Impfungen etc.) eingangs meist einen größeren Nutzen für privilegierte Bevölkerungsgruppe haben und daher gesundheitliche Ungleichheiten verstärken. Wenn dies beim Roll-out der COVID-19-Impfungen nicht berücksichtigt wird und spezifische Strategien nicht umgesetzt werden, um insbesondere auch benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, ist auch hier ein entsprechender Effekt zu erwarten (Todd/Bambra 2021). Schweizer Analysen zu COVID-19 bestätigen das „**Inverse Care Law**“, wonach die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung in umgekehrtem Bezug zum Bedarf der Bevölkerung steht. Die Daten belegen eine höhere Testhäufigkeit in sozioökonomisch gut gestellten Nachbarschaften, aber gleichzeitig eine geringere Wahrscheinlichkeit für positive Tests, Hospitalisierung, intensivmedizinische Versorgung und Tod im Vergleich zu sozioökonomisch schlecht gestellten Nachbarschaften (Riou et al. 2021). Generell wird davon ausgegangen, dass der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in der Pandemie u. a. auch aufgrund des „**Digital Divide**“ (d. h. ungleiche digitale Kompetenzen, die eine Hürde darstellen können) für manche Gruppen erschwert wird und z. B. Familien mit Kindern, alte Menschen, Migrantinnen und Migranten oder Roma teilweise verstärkt von „unmet needs“ (unerfüllten Behandlungsbedürfnissen) betroffen sind und waren (EuroHealthNet 2020a).

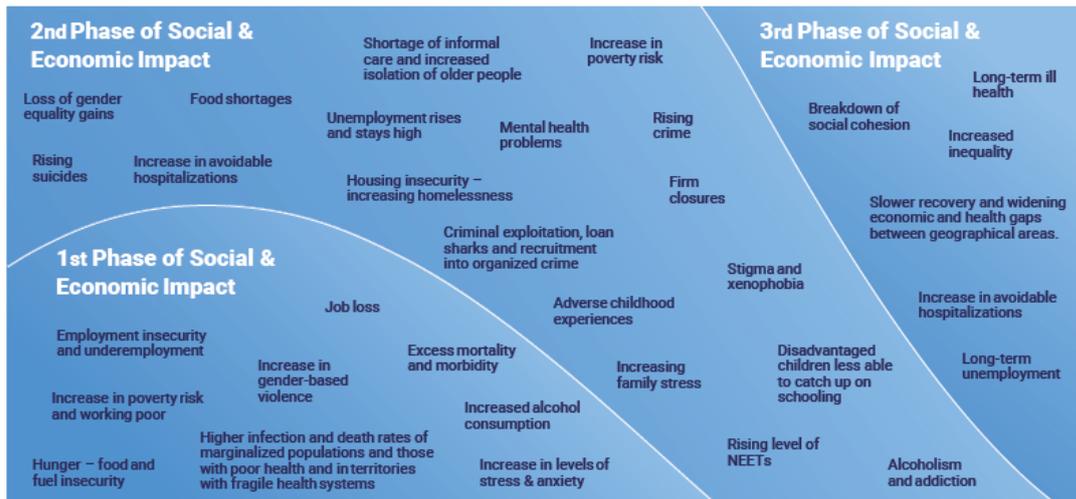
Es ist daher insgesamt nicht überraschend, dass wie bei Naturkatastrophen die ökonomisch benachteiligten Gruppen auch von der Pandemie am stärksten betroffen sind. Besonders deutlich zeigt sich dies im globalen Kontext. Ein Oxfam-Bericht (Berkhout et al. 2021) streicht heraus, dass nichtweiße Bevölkerungsgruppen (z. B. Daten aus Brasilien, USA) weltweit überproportional von den direkten gesundheitlichen Folgen (Morbidity, Mortality) betroffen sind und Frauen besonders stark von Einkommensverlusten. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 500 Millionen Menschen weltweit zusätzlich von extremer Armut betroffen sind, was auch zu einem deutlichen Anstieg von Hunger (geschätzt ca. 80 % mehr hungernde Menschen weltweit) führt(e). Auch die Vereinten Nationen (UN 2020d) weisen darauf hin, dass die Auswirkungen von COVID-19 weltweit die ärmsten und benachteiligten Gruppen (von USA, Großbritannien bis zu Slum-Bewohnerinnen und -Bewohnern) am stärksten treffen. Informell Beschäftigte haben bis zu 60 Prozent ihres Einkommens verloren, in Afrika und Lateinamerika fast 80 Prozent. Zudem droht von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen bei Einkommensausfällen auch der Verlust ihrer Wohnungen bzw. Unterkünfte.

Der soziale Gradient der Gesundheit schlägt sich also auch bei COVID-19 nieder, er neigt dazu, die **bestehenden Ungleichheiten zu verstärken und neue zu schaffen** (Bambra et al. 2020; CHAIN 2020; ECDC 2020a; WHO 2020d). Lebens- und Arbeitsbedingungen schlagen sich in einem ungleichen Infektionsrisiko nieder, sozial bedingte Vorerkrankungen führen zu problematischen

Verläufen und auch die sozialen und ökonomischen Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen sind ungleich verteilt – und dies in allen Phasen der Pandemie (vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:
Drei Phasen der sozioökonomischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Fig. 1. Phases of socioeconomic impact from COVID-19



Note: NEET: young person not in education, employment or training.

Source: Adapted from WHO Regional Office for Europe, 2020 (2).

Quelle: WHO (2020d)

Die ungleiche Verteilung von positiven und negativen Auswirkungen, die mit dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 einhergingen, zeigen auch zwei **Gesundheitsfolgenabschätzungen**¹ (GFA; engl. Health Impact Assessment, HIA), die in Wales (Green et al. 2020) und Österreich (Antony et al. 2021) durchgeführt wurden. Dem Bericht aus Wales zufolge haben die Maßnahmen der walisischen Regierung hinsichtlich Ausgangsbeschränkungen und Social Distancing die Ausbreitung des Coronavirus eingedämmt, aber auch andere positive und negative Auswirkungen auf das Wohlergehen der Bevölkerung gehabt, die so gut wie alle Aspekte des Lebens in Wales betreffen und sozial nicht neutral sind. In puncto negativer Auswirkungen wurde beispielsweise festgestellt, dass die wirtschaftlichen Einbußen zu einer Verringerung des Einkommens und einer Erhöhung der Arbeitslosenquote geführt haben. Auch wenn Unterstützungsmaßnahmen etabliert wurden, waren (bzw. sind nach wie vor) Haushalte mit niedrigem Einkommen am stärksten von diesen finanziellen Einbußen betroffen (Green et al. 2020). Ähnliche Ergebnisse zeigt auch die GFA aus Österreich, die nach dem Vorbild der walisischen GFA durchgeführt wurde. Die zur Pandemieeindämmung

1

Die GFA ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung von (geplanten politischen) Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. Das methodische Vorgehen orientiert sich an einem standardisierten Ablauf und beinhaltet partizipative Elemente zur Einbeziehung von betroffenen Bevölkerungsgruppen; vgl. auch Amegah et al. (2013).

gesetzten und diesbezüglich erfolgreichen Maßnahmen führten auch zu nicht intendierten direkten wie indirekten Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden, die in der Bevölkerung sehr unterschiedlich verteilt waren: Positive Auswirkungen erlebten vor allem jene Bevölkerungsgruppen, die über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen. Personen, die bereits vor der Pandemie benachteiligt waren, erfuhren hingegen häufig zusätzliche negative Auswirkungen durch die Pandemie bzw. die damit verbundenen Maßnahmen. Im Rahmen dieser GFA wurde auch ersichtlich, dass die Auswirkungen in vielen Lebensbereichen miteinander verbunden sind (z. B. Jobverlust, Familienklima, soziale Eingebundenheit und psychisches Wohlbefinden) und eine separierte Diskussion oftmals zu kurz greifen würde – v. a. hinsichtlich der unterschiedlichen sozialen Lagen bzw. sozioökonomischen Determinanten der Menschen in Österreich (Antony et al. 2021).

Als Folge der Pandemie werden – u. a. auf Basis verfügbarer Evidenz beispielsweise zu den Auswirkungen früherer Wirtschaftskrisen – **vergrößerte gesundheitliche Ungleichheiten** erwartet (vgl. u. a. Bamba et al. 2020; Bibby et al. 2020; Burström/Tao 2020; EuroHealthNet 2020a; EuroHealthNet 2020b; Hofmann et al. 2020; Marmot et al. 2020), da die Auswirkungen auf die Determinanten der Gesundheit (Bildung, Arbeit/Beschäftigung, Einkommen etc.) ungleich verteilt sind.

Ohne entsprechende Maßnahmen wird daher die Pandemie die gesundheitliche Ungleichheit noch weiter und mit einem längerfristig negativen Effekt vergrößern, da sich abzeichnet, dass sie z. B. Steigerungen der Kinderarmut, Ernährungsunsicherheit, Ausweitung der Bildungslücke, steigende Arbeitslosigkeit und prekäre Arbeitsverhältnisse mit sich bringt (Hofmann et al. 2020; Marmot et al. 2020). Die **kurz- bis langfristigen Auswirkungen auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten** können vielfältig sein: Anstieg von unerfüllten gesundheitlichen Bedürfnissen („unmet needs“), Anstieg von psychischen Erkrankungen oder von Infektionskrankheiten (insb. bei Abbau von Präventionsprogrammen und Sozialleistungen), neue Gruppen von Arbeitslosen bzw. Familien in prekärer finanzieller Lage, steigende Bildungsdefizite (insb. bei benachteiligten Gruppen) und vieles mehr (Bibby et al. 2020; Burström/Tao 2020; EuroHealthNet 2020b; Hofmann et al. 2020). Oxfam (Berkhout et al. 2021) erwartet, dass sich insbesondere armutsbetroffene Gruppen nur sehr langsam von der Krise erholen werden, während Reiche eher Gewinner:innen der Krise sind und damit die Ungleichheit noch stärker wachsen wird. Auch für Österreich gehen erste Analysen davon aus, dass die COVID-19-Pandemie – ohne entsprechende Gegenmaßnahmen – einen relevanten und ungleich verteilten Einfluss auf die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit haben wird (Fuchs et al. 2020).

4 Literaturanalysen

Im Folgenden werden die in Kapitel 3 erläuterten Zusammenhänge auf Basis der durchgeführten Literaturanalysen vertiefend dargestellt. Die entsprechenden Kapitel fokussieren, ausgehend von den Zielsetzungen und der Fragestellung des Projekts, sowohl auf spezifische Personengruppen (z. B. Kinder/Jugendliche oder Menschen mit Migrationshintergrund), relevante Politik- bzw. Gesellschaftsbereiche (wie Bildung, Arbeit), als auch auf aus Public-Health-Perspektive besonders relevante Themen (wie Armut, soziale Teilhabe). Ausgehend von den – deutlich umfangreicheren – internationalen Erkenntnissen werden dabei vertiefend vor allem die für Österreich verfügbaren Informationen und Studien beleuchtet.

4.1 Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche waren zu Beginn der Pandemie eher von untergeordneter Bedeutung. Sie sind nach heutigem Wissensstand im Vergleich zu Erwachsenen weniger gefährdet, schwer an COVID-19 zu erkranken. Trotzdem sind sie von den Coronamaßnahmen stark betroffen und großen Belastungen ausgesetzt, die sich nunmehr insbesondere in negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit niederschlagen und mittlerweile auch im Zentrum der öffentlichen Diskussion stehen.

Wie bei Erwachsenen, gibt es auch bei Kindern eine beträchtliche sozioökonomische Dimension der Pandemie – sowohl hinsichtlich des Infektionsgeschehens als auch hinsichtlich vieler Folgeerscheinungen der Pandemie selbst sowie der Maßnahmen, die zur Bekämpfung derselben gesetzt wurden. Hier wiederum waren und sind wohl die Schulschließungen (und die Schließungen oder Halbschließungen der Kindergärten) die einschneidendsten Maßnahmen für das Leben der Kinder und Jugendlichen.

Eine breit angelegte österreichische Studie unter 6- bis 14-jährigen Kindern im Herbst 2020 hat die **Prävalenz** von COVID-19 in Volksschulen sowie in Mittelschulen und AHS-Unterstufen untersucht (Wagner et al. 2020). Weder nach Schultyp noch nach Alter der Kinder noch zwischen Lehrpersonal und Kindern konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Den einzigen signifikanten Unterschied zeigte ein Vergleich nach dem Sozialindex. Schulen mit hoher oder sehr hoher sozialer Benachteiligung hatten eine deutlich höhere COVID-19-Prävalenz. Ursachen dafür wurden nicht nur in der Schule geortet. Auch mangelnde Möglichkeiten der Selbstisolation und des Abstandhaltens, ungünstige Wohnverhältnisse, wenig Gelegenheit der Eltern für Homeoffice und auch mangelnde Gesundheitskompetenz der Eltern wurden dafür verantwortlich gemacht.

Vor dem Hintergrund, dass einerseits bestimmte Grunderkrankungen COVID-19-Infektionen begünstigen und andererseits ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit besteht, leitet sich ein höheres **COVID-19-Infektionsrisiko** für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche ab. Ersteres belegt etwa eine Querschnittsstudie aus den USA, die zeigte, dass bei Kindern, die mit einer COVID-19-Infektion im Krankenhaus

vorstellig wurden, häufig Grunderkrankungen, wie Asthma bronchiale, psychische Störungen (Angst- oder depressive Störungen), Diabetes Mellitus Typ 1 und Adipositas, bestanden (Kompaniyets et al. 2021). Zweiteres (Felder-Puig et al. 2019) ist vielfach nachgewiesen: Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche haben einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und sind häufiger von gesundheitsbezogenen Einschränkungen betroffen, so auch von den oben genannten Grunderkrankungen Adipositas, psychische Probleme sowie Asthma bronchiale (Kuntz et al. 2018, vgl. auch Kapitel 3).

Trotz einer geringeren COVID-19-Prävalenz sowie asymptomatischer oder leichter Krankheitsverläufe bei Kindern und Jugendlichen waren diese durch die Maßnahmen zur Pandemieeindämmung, die massive Veränderungen in ihrem täglichen Leben bedeuteten, erheblich belastet. Maßnahmen wie Lockdowns, soziale Distanz und Homeschooling führten laut der bundesweiten Studie von Ravens-Sieberer in Deutschland zu einer **niedrigeren Lebensqualität** sowie **einer ansteigenden Prävalenz psychischer** (z. B. Hyperaktivität, depressive Symptome, Peer-Probleme, Verhaltensstörungen, generalisierte Angst) **sowie psychosomatischer Probleme** (z. B. Schlafprobleme, Kopf- oder Magenschmerzen). Hierbei zeigten sich insbesondere Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (gemessen an geringem elterlichem Bildungsniveau, Migrationshintergrund oder geringem Haushaltseinkommen) deutlich stärker belastet (Ravens-Sieberer et al. 2021) – und dies vor dem Hintergrund einer ohnehin schon höheren Belastung vor der Pandemie (Kuntz et al. 2018). Auch für Österreich (Fink/Steiner 2020 in Fuchs et al. 2020) wird darauf verwiesen, dass die verringerte Erwerbsintensität infolge der Pandemie v. a. auch Familien und Kinder und Jugendliche besonders stark trifft. Letztere – und darunter v. a. auch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund – haben zudem verstärkte Nachteile bezogen auf die soziale Teilhabe im Bildungssystem.

Eine österreichweite Befragung von armutsbetroffenen Familien im Juni 2020 hat gezeigt, dass ihre **Lebensqualität** durch die Pandemie deutlich gesunken ist. Für etwa die Hälfte der Befragten hat sich die ohnehin prekäre finanzielle Situation weiter verschlechtert, die Mehrkosten für Homeschooling (Ankauf von Laptops) haben (zusätzliche) finanzielle Probleme bereitet. Zwei Drittel der Familien gaben an, sehr belastet dadurch zu sein, dass ihre Kinder den Kindergarten bzw. die Schule nicht besuchen konnten. 60 Prozent konnten ihren Kindern aufgrund mangelnder Zeit oder mangelnden Wissens bei den Schulaufgaben nicht helfen, ein Drittel wurde durch das Lehrpersonal nicht oder nur schlecht erreicht (Volkshilfe 2020). Eine Arbeit der Fachhochschule Burgenland bestätigt, dass beschränkte Möglichkeiten für Homeschooling, die mangelnde Erreichbarkeit von Kindern und die Mehrfachbelastungen zu Hause die soziale Ungleichheit verstärken (Hengl et al. 2021).

Kindergärten waren zwar in Österreich zu keinem Zeitpunkt gänzlich geschlossen, de facto gab es aber massive Zugangsbeschränkungen, denn zu Beginn der Pandemie waren sie vor allem Kindern von Eltern mit „systemrelevanten“ Berufen vorbehalten. In Deutschland waren Kindertagesstätten zeitweise ebenso geschlossen wie Schulen. Der Schwerpunkt einer einschlägigen Literaturanalyse lag zwar auf der Fragestellung, ob Kindertagesstätten, und wenn ja, unter welchen Bedingungen, geöffnet werden können, doch die Argumentation des deutschen Public-Health-Kompetenznetzwerks stützte sich stark auf die Chancengerechtigkeit betreffende Argumente. Der positive Zusammenhang zwischen Kindergartenbesuch und kindlicher Entwicklung ist vielfach

belegt, sodass Kindertagesstätten per se das Potenzial haben, soziale Ungleichheit kompensatorisch zu beeinflussen. Wenn das wegfällt, vergrößert sich – je länger, desto deutlicher – der soziale Gradient der frühkindlichen Bildungschancen. Auch das Wegfallen verlässlicher Kontakte zu Gleichaltrigen und außerfamiliären Bezugspersonen beeinträchtigt die sozial-emotionale und mentale Entwicklung insbesondere von Kindern aus einem ressourcenarmen Umfeld (Dragano et al. 2020).

Darüber hinaus stellen der Wegfall von Kinderbetreuung und Schule eine hohe **Belastung für die Eltern** dar. Bei sozioökonomisch benachteiligten Familien kamen/kommen in der Pandemie viele andere Belastungsfaktoren hinzu, wie etwa der (befürchtete) Verlust von Arbeitsplatz und Einkommen, wodurch der Stresslevel in diesen Familien besonders hoch ist. Da psychische Gesundheit und Stress von Eltern und Kindern eng zusammenhängen, sind Kinder aus diesen Familien deutlich höher belastet als andere Kinder (Dragano et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2021).

Schule soll nicht nur Bildung garantieren, sondern bietet oft auch **gesunde Mahlzeiten**. Mittagessen in der Schule ist assoziiert mit besseren Lernerfolgen sowie besserer körperlicher Gesundheit und mentalem Wohlbefinden. Das ist für Kinder aus armutsbetroffenen Familien hochrelevant. In Europa können sich laut Eurostat 6,6 Prozent der Haushalte mit Kindern (5,5 % in Großbritannien) nicht jeden zweiten Tag eine Mahlzeit mit Fisch, Fleisch oder vegetarischem Äquivalent leisten und im Jahr 2018 sogar 14 Prozent der Haushalte in den USA. Auch vor diesem Hintergrund sind Schulschließungen für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen besonders nachteilig (Van Lancker/Parolin 2020). Als Konsequenz von ungesunder Ernährung und massiv veränderten Tagesstrukturen (durch die Schulschließungen) sind während der Pandemie Übergewicht und Adipositas unter Kindern und Jugendlichen zu einem noch größeren Problem geworden. Ein Kinderspital in Philadelphia hat über einen Zeitraum von zwei Jahren (Jänner 2019 bis Dezember 2020) bei allen Krankenhausbesuchen Gewicht und Größe bzw. den BMI dokumentiert und nach Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Art der Versicherung (öffentlich vs. nicht öffentlich) und Einkommensquartilen differenziert (Jenssen et al. 2021). Es hat sich gezeigt, dass sich bestehende Unterschiede seit Beginn der Pandemie vergrößert haben: Die Adipositasrate bei Kindern und Jugendlichen mit hispanischem Hintergrund (Hispanics) sowie Kindern und Jugendlichen mit nicht-hispanischem Hintergrund und dunkler Hautfarbe war schon vor der Pandemie um zehn bis elf Prozentpunkte höher als bei der weißen und asiatischen Ethnie, während der Pandemie betrug der Unterschied 13 bis 14 Prozentpunkte. Der Unterschied bzgl. der Art der Versicherung erhöhte sich von neun auf elf Prozentpunkte, gemessen am Einkommen hat sich der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Quartil von zwölf auf 14 Prozentpunkte vergrößert.

Die Schließung von Schulen, Sportanlagen und Freizeiteinrichtungen hat den ohnehin eklatanten **Bewegungsmangel** von österreichischen Kindern und Jugendlichen verschärft. Auch diesbezüglich wurde ein sozialer Gradient beobachtet. Hengl et al. (2021) haben festgestellt, dass sowohl Wissen um die Wichtigkeit von Bewegung für die kindliche Gesundheit als auch strukturelle Voraussetzungen bei sozioökonomisch benachteiligten Familien schwächer ausgeprägt sind, sodass der durch den Lockdown hervorgerufene Bewegungsmangel schlechter bis gar nicht kompensiert werden konnte.

Im Zusammenhang mit den Schulschließungen wird vor allem der **Bildungsnachteil** von Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien diskutiert. Unzureichende finanzielle Ressourcen für Computer und Internet, beengte Wohnverhältnisse (keine Ruhe in einem eigenen Zimmer), keine ausreichend beheizte Wohnung, fehlende Unterstützung bei Schulaufgaben u. v. m. erschweren für armutsgefährdete Kinder von Eltern mit geringem Bildungsabschluss das Home-schooling (Huber et al. 2020; Van Lancker/Parolin 2020; Volkshilfe 2020). Während normaler Sommerferien vergrößert sich in den USA der Unterschied in mathematischen und sprachlichen Kompetenzen zwischen Kindern aus sozioökonomisch bevorzugten und sozioökonomisch benachteiligten Familien. Zwar sind Schulschließungen während der Lockdowns nicht dasselbe wie Ferien, doch es werden ähnliche Effekte durch die Pandemie befürchtet (Van Lancker/Parolin 2020).

Im Rahmen der **Gesundheitsfolgenabschätzung** (GFA; Antony et al. 2021) zum ersten Lockdown in Österreich, die einige der oben genannten Literaturquellen auch berücksichtigte, bewerteten Expertinnen und Experten die negativen Auswirkungen im Themenkomplex Bildung und Ausbildung als hoch und dass diese negativen Auswirkungen auch langfristig (länger als 5 Jahre) spürbar sein werden. Als besonders betroffene Gruppen wurden hier v. a. Schüler:innen und Studierende identifiziert sowie Menschen bzw. Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen und Mehrfamilien. Ebenso wurden die Auswirkungen im Bereich Kinderbetreuung als mittel bis hoch und langfristig eingeschätzt. Als besonders betroffen wurden hier Kinder mit Behinderungen, aber auch Eltern und Alleinerziehende identifiziert. In diesem Zusammenhang wurde von Expertinnen und Experten berichtet, dass die bereits vor der Pandemie schlechte Versorgung von Kindern mit Behinderungen im Vorschulalter sich noch verschärfte und Eltern von Kindern mit schweren Behinderungen keine Möglichkeit einer zusätzlichen Betreuung hatten.

Die Universität Bielefeld betont in einer Stellungnahme die Notwendigkeit, im Zusammenhang mit den Folgen der Pandemie sozial besonders vulnerable Gruppen zu beachten. Explizit hervorgehoben werden Kinder, die durch **Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe** betreut und unterstützt werden. Von vornherein sozial vulnerabel und zumeist sozioökonomisch benachteiligt, erfuhren sie in der Pandemie besondere Belastungen. Einerseits betrifft das die rund 8.000 in Österreich stationär betreuten Kinder und Jugendlichen, die wegen gestressten Personals in diesen Einrichtungen (Angst vor Infektion, Wahrung der körperlichen Distanz, mehr Betreuungszeiten durch den Wegfall von Schule und die Reduktion von Besuchszeiten zu Hause) deutlich höheren Belastungen ausgesetzt waren (KJH 2020). Andererseits standen auch viele ambulante Unterstützungsangebote (z. B. der Kinder- und Jugendhilfe) während der Pandemie nur eingeschränkt zur Verfügung, wodurch sich die Mangelsituation der betroffenen Kinder und Jugendlichen zugespitzt hat. Der Blick von außen (durch Bildungseinrichtungen oder externe Unterstützungsangebote) in sozial vulnerable Familien als Früherkennungssystem für bestimmte Bedarfe ist während der Pandemie abhandengekommen, während sich der Bedarf durch prekäre Verhältnisse in den Familien eher vergrößert hat. Auch geflüchtete Kinder, sowohl in Erstaufnahmeeinrichtungen als auch in anderen Unterkünften, wurden/werden zusätzlich zu ihrer ohnehin überdurchschnittlichen Belastung gefährdet (Universität Bielefeld 2020).

Weltweit sind Kinder infolge der Pandemie auch von Ernährungsunsicherheit und Hunger betroffen, auch in reicheren Ländern beispielsweise durch unzureichenden Ersatz für ausfallende Gratis-

Schulessen (Campell et al. 2020). Aus globaler Sicht sind Kinder am schlimmsten von der Pandemie betroffen, wenn sie in armen Ländern leben. Noch härter getroffen sind sie, wenn sie in diesen Ländern in armen Familien leben und am schlimmsten ist es, wenn sie darüber hinaus noch weiblich sind. Die Armut hat sich durch die Pandemie, die Lockdowns und den wirtschaftlichen Einbruch schlagartig verschärft, vielfach ist das ohnehin geringe tägliche Einkommen weggefallen, sodass selbst der Bedarf an Lebensmitteln nicht gedeckt werden konnte. Je nach Region hat die Pandemie den Zugang zu Wasser und Sanitäreinrichtungen erschwert bzw. konnten aufgrund des diesbezüglichen Mangels die pandemiebedingten Hygieneempfehlungen nicht eingehalten werden. Folgen von Ebola-Epidemien zeigten auch weitreichende und langfristige Folgen für die Bildung, denn viele Kinder, insbesondere Mädchen, kamen nach dem Ende der Epidemie nicht mehr in die Schule zurück. Die Immunisierung gegen andere Infektionskrankheiten (z. B. Masern) war rückläufig, Mangelernährung hat zugenommen. Es kam zu einem Anstieg an Teenager-Schwangerschaften, weil die jungen Mädchen nicht in der Schule, sondern vermehrt zu Hause waren, generell hat sexuelle Gewalt zugenommen, ebenso unregistrierte Geburten. Die Schwangerenvorsorge hingegen ist zurückgegangen. (UN 2020e)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder und Jugendliche zwar hinsichtlich Infektionen bzw. schwerer Krankheitsverläufe weniger gefährdet sind als Erwachsene, aber zum Teil sehr massiv unter den Folgen der Coronamaßnahmen leiden – vor allem mittel- und langfristig. Dabei geht es um psychische Belastungen und um einen Verlust an Wohlbefinden und Lebensqualität generell, um einen Mangel an gesunder Ernährung und Bewegung und in der Folge um steigende Raten bei Übergewicht und Adipositas, aber es geht auch um Bildungsverluste und die daraus resultierenden langfristigen Folgen auf dem Arbeitsmarkt. All diese Effekte betrafen – bei ohnehin nachteiliger Ausgangssituation vor der Pandemie – Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien in besonderem Maße, sodass sich die Unterschiede bezüglich Chancengerechtigkeit zum Teil deutlich erhöht haben. Auch spezifische Gruppen, wie Kinder und Jugendliche in betreuten Einrichtungen oder Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, waren durch die Pandemie und vor allem durch die begleitenden Maßnahmen zu deren Eindämmung überproportional betroffen.

4.2 Ältere Menschen

Es liegen sowohl international als auch für Österreich kaum Studien vor, die die sozialen, ökonomischen sowie gesundheitlichen Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie bei älteren Menschen differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen untersuchen. Ältere Menschen befinden sich in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen und -abschnitten und sind demnach auch unterschiedlich von der Pandemie und/oder den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betroffen. So stehen ältere Personen zum Teil noch im Berufsleben bzw. kurz vor ihrer Pensionierung, sind von Arbeitslosigkeit betroffen, haben nur ein geringes Einkommen / eine geringe Pension zur Verfügung, leben allein, haben mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen oder es besteht bereits eine Notwendigkeit der Pflege zu Hause bzw. in (Langzeit-)Pflegeeinrichtungen.

Wesentliche Faktoren, wie z. B. Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, Armutsbetroffenheit, Einkommen, Arbeitssituation, soziales Netzwerk etc., werden in den vorliegenden Studien aber kaum berücksichtigt. Es werden in Folge dennoch einige wichtige Auswirkungen der Pandemie auf ältere Menschen dargestellt, da anzunehmen ist, dass von diesen insbesondere auch benachteiligte Gruppen besonders betroffen sind.

Die vorliegende Evidenz beschäftigt sich hauptsächlich mit den **direkten gesundheitlichen Auswirkungen** durch das Coronavirus bei älteren Menschen. Es zeigt sich, dass in allen **EU-/EWR-Ländern** im Jahr 2020 überwiegend ältere Menschen über 65 Jahre von hohen Infektionsraten und Mortalitätsraten betroffen waren. Dies trug dazu bei, dass die Gesamtmortalitätsraten über denen der Vorjahre lagen, wobei die größte Überschreitung der Gesamtmortalitätsraten bei Menschen im Alter zwischen 75 und 84 Jahren und von 85 Jahren und älter beobachtet wurde. (ECDC 2020b)

Auch in **Österreich** zeigt sich bei der Betrachtung der COVID-19-Todesfälle im Jahr 2020 die deutliche Betroffenheit älterer Menschen. So waren 97 Prozent der aufgrund von COVID-19 verstorbenen Personen älter als 60 Jahre (n = 6.284 Verstorbene über 60 Jahre von insgesamt n = 6.491 Verstorbenen aufgrund von COVID-19) (Statistik Austria 2021c). Eine Differenzierung nach sozioökonomischen Faktoren liegt aber nicht vor.

Ältere Menschen sind in der COVID-19-Pandemie – abgesehen von hohen Infektions- und Mortalitätsraten – auch von weiteren Folgen der Pandemie betroffen, die in den unterschiedlichen Lebenswelten und -abschnitten zutage treten und auch soziale Aspekte betreffen. Aufgrund der fehlenden Analysen nach sozioökonomischen Merkmalen können aber leider keine Aussagen darüber getroffen werden, ob sozial benachteiligte ältere Menschen von den Folgen anders oder stärker betroffen sind.

Malgesini (2020)² berichtet beispielsweise, dass ältere Menschen in **Europa** in der COVID-19-Pandemie bei Entscheidungen über die Zuteilung von Leistungen, die medizinische Behandlung, die Priorisierung von Bedürfnissen und die Bereitstellung von Ressourcen systematisch benachteiligt wurden. Demnach waren **ältere Personen in (Langzeit-)Pflegeeinrichtungen** zum Teil von einer „Überisolation“ betroffen, da sie allgemein als eine Hochrisikogruppe hinsichtlich des Krankheitsverlaufs und der Mortalität eingestuft wurden. Auf die psychische Gesundheit wurde lt. Expertinnen und Experten wenig Rücksicht genommen.

Laut einer Interviewerhebung in 28 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland (Hämel et al. 2020) schränkte die Umsetzung der restriktiven Kontakteinschränkungen und Schutzmaßnahmen die Bewohner:innen stark in ihrer selbstständigen Alltagsgestaltung und auch in ihrer gewohnten Lebensweise ein. Beispielsweise mussten Gruppenaktivitäten (z. B. Bewegungsangebote oder

2

Malgesini (2020) untersuchte die Auswirkungen der COVID-19-Krise auf armutsgefährdete sowie vulnerable Bevölkerungsgruppen in **Europa**. Es wurden eine internationale Expertenbefragung von Mitgliedern des European Anti-Poverty Network (EAPN) und von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener europäischer Institutionen sowie europaweite Betroffeneninterviews durchgeführt.

gemeinsames Singen), Angebote des Sozialen Dienstes, Friseurtermine etc. ausgesetzt oder stark reduziert werden, die u. a. dazu dienen, das Wohlbefinden zu stärken und die Lebensqualität zu verbessern. Das Fernbleiben von Familienangehörigen aufgrund der strikten Besuchsverbote stellte eine große psychische Belastung dar. In Folge wurden Veränderungen im Gesundheitszustand (z. B. Suizidgedanken geäußert, auffällige Verhaltensmuster, Essensverweigerung, innerer Rückzug) festgestellt.

Seidler et al. (2020) zeigen in ihrem auf Deutschland bezogenen systematischen Kurzbericht (Rapid Review inkl. Interviewerhebung), dass das Sterblichkeitsrisiko bei sozialer Isolation (nicht pandemiebezogen, sondern unter Alltagsbedingungen) sowie bei selbst-wahrgenommener Einsamkeit bei älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen erhöht ist. Sie empfehlen daher auch in der Corona-Pandemie, Maßnahmen (vermehrte kontaktlose Angebote, Ermöglichung von Angehörigenbesuchen unter strenger Berücksichtigung des Infektionsschutzes) zur Verminderung von sozialer Isolation älterer Menschen zu berücksichtigen, um ggf. ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko zu vermeiden.

Ältere Menschen, die zu Hause gepflegt werden, waren während der COVID-19-Krise europaweit von der Reduktion der Dienstleistungsangebote und Besuche der häuslichen Pflegedienste betroffen. Ebenso berichten internationale Expertinnen und Experten, dass Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen geschlossen wurden. Informelle Betreuer:innen älterer Menschen bzw. Angehörige mussten die zusätzliche Last der Pflege dort tragen, wo formelle Dienste geschlossen oder das Dienstleistungsangebot reduziert worden war. Dies führte zu erheblicher Mehrbelastung und Überforderung (Malgesini 2020).

International waren **allein lebende (ältere) Menschen** einem hohen Risiko der sozialen Isolation und Ausgrenzung ausgesetzt. Ein großes Problem umfasste dabei die digitale Ausgrenzung älterer Menschen während der Pandemie. Viele Dienste (z. B. Amtswege, Behördengänge, Terminvereinbarungen etc.) waren während eines Lockdowns nur online verfügbar. Gleichzeitig hat ein Großteil der älteren Menschen kaum Erfahrung oder Kenntnisse im Umgang mit Computer, Tablet, Smartphone, Internet oder App-Anwendungen. Zusätzlich konnten viele allein lebende ältere Menschen ihren gewohnten Alltagsaktivitäten nicht mehr nachgehen, da diese nicht mehr erlaubt oder eingestellt wurden (z. B. Sportkurse, Friseurbesuch, Treffen mit Bekannten, Marktbesuche, Gasthaus-, Kaffeehausbesuche etc.). Viele allein lebende Menschen litten unter den psychischen und physischen Gesundheitsfolgen (z. B. Einsamkeit, Angst, Verschlechterung des körperlichen Zustands) von Isolation und mangelnder Aktivität (Malgesini 2020).

Seidler et al. (2020) finden in ihrem auf Deutschland bezogenen Rapid Review (inkl. Interviews von Expertinnen und Experten) heraus, dass das selektive Fernhalten **älterer Beschäftigter vom Arbeitsplatz** aufgrund der COVID-19-Pandemie zu sozialer Isolation führen kann. Die Folge kann ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit sein.

In einer Longitudinalanalyse (inkl. Interviews) (Stolz et al. 2021) wurde auch für **Österreich** festgestellt, dass die Verringerung der sozialen Kontakte während des siebenwöchigen Lockdowns im März/April 2020 (COVID-19-Beschränkungsmaßnahmen) zu einem erhöhten Maß an Einsamkeit

bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahren führte, die zu Hause bzw. in Alters- und Pflegeeinrichtungen leben.

Zusammenfassend zeigt die Evidenz zu den direkten gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie bei älteren Menschen über 65 Jahre in Europa bzw. Österreich neben hohen Infektions- und vor allem auch Mortalitätsraten vor allem eine hohe Betroffenheit von sozialer Isolation und Einsamkeit infolge der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Wesentliche Einflussfaktoren, wie z. B. Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, Armutsbetroffenheit, Einkommen, Arbeitssituation, soziales Netzwerk etc., werden in den vorliegenden Studien kaum hinterfragt bzw. berücksichtigt, wodurch sich ein dringlicher Forschungsbedarf für diese Fragestellungen ergibt.

4.3 Gender

Die COVID-19-Pandemie hat sich auf Frauen, Männer und Menschen mit anderen Geschlechtsidentitäten unterschiedlich ausgewirkt, auch unterschiedliche sexuelle Identitäten dürften relevant sein. Unter den vielen internationalen und nationalen Artikeln und Berichten zu Gender bzw. Frauen und COVID-19 ist im Folgenden Literatur aufgenommen, die einen entweder zusammenfassenden Charakter der relevantesten Themen beinhaltet (u. a. auch internationale Literatur der UN) oder Daten zu sehr konkreten Umständen liefert (z. B. Arbeitssituation von Frauen). In der überwiegenden Literatur kommen am ehesten noch einige wenige konkrete Daten zu sozioökonomisch unterschiedlichen Auswirkungen bei Frauen vor. So wird häufig darauf verwiesen, dass Frauen mit eher niedriger formaler Bildung und prekärer Einkommenssituation (z. B. Alleinerzieherinnen) nochmals stärker durch COVID-19 betroffen sind als Frauen mit hohem formalem Bildungsabschluss und mit ökonomischer Unabhängigkeit. Diese Verweise treffen ähnlich auch auf Männer zu. Zu sozial unterschiedlichen Auswirkungen innerhalb der Gruppe von LGBTIQ-Personen gibt es hingegen keine Informationen. Insgesamt ist daher auch in Hinblick auf Gender darauf zu verweisen, dass vertiefende Analysen nach sozioökonomischen Faktoren derzeit noch fehlen. Aus einer Genderperspektive ist darüber hinaus interessant, wie wenig im gesamten COVID-19-Prozess auf geschlechtsspezifische Erhebungen Rücksicht genommen wurde. So wurde über eine Metaanalyse mit fast 4.500 eingeschlossenen klinischen SARS-CoV-2-Studien und COVID-19-Studien gezeigt, dass nur vier Prozent davon ausdrücklich Geschlecht und Gender einbezogen haben; entsprechend unklar lassen sich Aussagen nach Geschlecht treffen (Brady et al. 2021).

Im Folgenden werden wesentliche genderrelevante bzw. -spezifische Aspekte der COVID-19-Pandemie thematisch gegliedert dargestellt. Zunächst wird die internationale Evidenz präsentiert, danach der Erkenntnisstand für Österreich. Der Großteil der identifizierten Studien bezieht sich auf eine spezifische Analyse der Situation von Frauen.

Internationale Studien

Insgesamt wird (vgl. z. B. Campell et al. 2020) darauf verwiesen, dass die Gendergleichheit in der Pandemie besonders stark gelitten hat: Frauen sind verstärkt in nicht standardisierten Arbeitsbedingungen und in der formellen wie informellen Pflegearbeit überrepräsentiert und von Einkommens-, Jobverlust und vermehrten Betreuungsanforderungen (z. B. durch Schulschließungen etc.) sowie von häuslicher Gewalt, Armut, Ernährungsunsicherheit und Hunger verstärkt betroffen. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden von der UN kompakte Zusammenfassungen zur Situation von Frauen erstellt, die sich einerseits auf weltweite Lagen beziehen, in weiten Teilen aber auch auf die Situation in Europa und Österreich umlegbar sind. Die UN-Reports werden teilweise durch WHO-Berichte und weitere relevante Literatur gestützt. International stehen Bereiche im Vordergrund, die sich auf Arbeitssituationen, sexuelle und reproduktive Gesundheit, LGBTIQ-Personen, Gewalt, digital divide und Bildungszugang beziehen. Konkrete gesundheitliche Themen wie Infektionsgeschehen und Erkrankung sind in ihren unterschiedlichen Auswirkungen jedoch genauso aufgegriffen.

Infektionsgeschehen und Erkrankung

Aus einer Genderperspektive zeichnete sich bereits 2020 inmitten vieler Ungewissheiten über die SARS-CoV-2-Erkrankung das Muster ab, das sich über alle Länder und Altersgruppen hinweg fortsetzte: Einmal infiziert, sterben Männer mit größerer Wahrscheinlichkeit an oder durch COVID-19 als Frauen, jedoch hatten Frauen unter 60 Jahren ein höheres Ansteckungsrisiko als Männer (Sobotka et al. 2020). Besonders schwangere Frauen, die aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität zur Hochrisikogruppe gehören, hatten laut einer kanadischen Studie im Fall einer SARS-CoV-2-Infektion ein erhöhtes Risiko für eine Präeklampsie, Frühgeburt, Fehlgeburt oder niedriges Geburtsgewicht (Wei et al. 2021).

Nach einer Studie in Italien (Raparelli et al. 2020) war der Krankheitsverlauf aufgrund von SARS-CoV-2 vor allem aus folgenden Gründen unterschiedlich: Männer, die bereits einen ischämischen Infarkt, COPD oder eine chronische Nierenerkrankung hatten, hatten ein höheres Risiko, schwer zu erkranken. Im Fall von Frauen entstand ein höheres Erkrankungsrisiko vor allem durch höheres Alter, Demenz und Autoimmunerkrankungen. Die Zeitspanne vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnose war bei Männern länger als bei Frauen – und das trotz für COVID-19 typischen Symptomen wie akuten Atemwegserkrankungen und hohem Fieber. Bei der Behandlung erhielten wiederum Männer häufiger eine experimentelle Therapie.

Sozioökonomische Unterschiede wurden in diesen Studien leider nicht berücksichtigt.

Arbeitssituation

Weltweit sind Frauen häufiger in Dienstleistungsberufen und im Gesundheitswesen bzw. insgesamt in Niedriglohnbranchen tätig, sie sind schlechter bezahlt und arbeiten häufiger Teilzeit. Die Pandemie hat diese bereits bestehende und vor allem auch sozioökonomisch relevante Benachteiligung weiter verstärkt.

Nach Angaben der UN sind es weltweit 70 Prozent des Gesundheitspersonals (UN 2020c), nach Angaben des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen (EIGE) liegt der Anteil von Frauen im Gesundheitswesen in der EU bei 76 Prozent der 49 Millionen Beschäftigten. Pflegekräfte in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in Kommunen kommen viel häufiger mit dem Virus in Kontakt als die Allgemeinbevölkerung. Sie haben mit einer großen Anzahl von an SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten zu tun und können höheren Viruskonzentrationen ausgesetzt sein. Frauen übernehmen auch den Großteil der Betreuungsaufgaben in den Familien und Communities (Liu, Yan in Oertelt-Prigione 2020) (vgl. auch Kapitel 4.7).

Arbeitsplätze von Frauen konzentrierten sich bereits vor der COVID-19-Pandemie auf den Niedriglohnssektor, einen informellen Arbeitsmarkt und unbezahlte „Sorgearbeit“ („Care-Arbeit“) (Campell et al. 2020). Die Konzentration von Frauen im informellen Sektor bedeutet, dass sie mit größerer Wahrscheinlichkeit keinen bezahlten Krankenstand oder Urlaub erhalten, nicht krankenversichert sind und keine soziale Absicherung haben. Die ökonomische Existenzsicherung ist für diese Frauen bedroht und durch die Krise noch unsicherer geworden (UN 2020c). Das Risiko dauerhafter Folgen des Rückgangs der Erwerbsbeteiligung von Frauen – unhaltbare Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben oder eine anhaltend ungleiche Aufteilung unbezahlter Arbeit – könnte sich verschärfen, wenn keine Maßnahmen zur Beseitigung des anhaltenden geschlechtsspezifischen Lohngefälles getroffen werden (Jepsen 2021).

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Für Frauen und Mädchen wichtige Zugänge zum Gesundheitssystem laufen Gefahr, aufgrund der COVID-19-Pandemie eingeschränkt zu werden bzw. unterminiert zu werden. Belastete Gesundheitssysteme und Engpässe bei der medizinischen Versorgung sowie Unterbrechungen globaler Lieferketten können für Frauen und Mädchen weltweit, aber auch im europäischen Raum, die sexuelle und reproduktive Gesundheit gefährden. Dazu zählt die Versorgung von schwangeren Frauen, Müttern und Neugeborenen, der Zugang zu sicheren Abtreibungen, Informationen und Aufklärung über sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Frauenrechte, wirksame Überweisungswege, der Zugang zu medizinischer Versorgung, Menstruationshygieneartikeln, zu Verhütungsmitteln, zu antiretroviralen Medikamenten gegen HIV/AIDS und zu Antibiotika zur Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen. Es gibt auch Berichte von Staaten, die Abtreibung zu den „nicht lebensnotwendigen Operationen und medizinischen Verfahren“ zählten, die während der COVID-19-Maßnahmen verschoben werden mussten (UN 2020c; WHO 2020c, vgl. auch Kapitel 4.9). Es ist anzunehmen, dass von Armut betroffene Mädchen und Frauen von diesen Einschränkungen besonders betroffen sind, entsprechende Analysen liegen aber nicht vor.

Laut UN (2020c) besteht weltweit das Risiko für Frauen und Mädchen, dass für sie ein sicherer und vertraulicher Zugang zu Gesundheitsdiensten unterminiert wird, da bereits bestehende Zugangsbarrieren durch die gesundheitliche Notlage noch verschärft werden. Zu diesen Hindernissen gehören soziale Normen und geschlechtsspezifische Diskriminierung, Kriminalisierung im Fall von Abtreibung, Sexarbeit und HIV-Übertragungen usw., eingeschränkte Bewegungsfreiheit, fehlendes Einkommen, die Notwendigkeit von Genehmigungen Dritter und fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Mädchen und Frauen in ökonomischen Notlagen sind davon stärker betroffen als Mädchen und Frauen mit ökonomischer Absicherung.

LGBTIQ

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden aber auch LGBTIQ-Personen regelmäßig stigmatisiert und diskriminiert, was zu Ungleichheiten beim Zugang, der Qualität und der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen führt. Gesetze, die gleichgeschlechtliche Beziehungen kriminalisieren oder Transpersonen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder ihres Geschlechtsausdrucks ins Visier nehmen, verschärfen die negativen gesundheitlichen Folgen für LGBTIQ-Personen, da sie aus Angst vor Verhaftung oder Gewalt möglicherweise keine Leistungen in Anspruch nehmen. Beispiele für die Diskriminierung im Gesundheitswesen aufgrund der sexuellen Ausrichtung und der Geschlechtsidentität bzw. des Geschlechtsausdrucks sind in vielen Ländern ausführlich dokumentiert worden. Diese Diskriminierung kann das Risiko für LGBTIQ-Personen, an COVID-19 zu erkranken, erhöhen. Angesichts überlasteter Gesundheitssysteme besteht auch ein Risiko für LGBTIQ-Personen, dass Behandlungen für sie unterbrochen oder zurückgestellt werden – einschließlich HIV-Behandlungen und -Tests, Hormonbehandlungen und geschlechtsangleichender Behandlungen für Transpersonen (UN 2020b). Auch dazu kann in Anbetracht fehlender Analysen nur vermutet werden, dass die Auswirkungen nach sozioökonomischem Status der betreffenden Personen differieren.

Bildungszugang

Global sind Frauen und Mädchen von den weltweiten Schulschließungen stärker betroffen als Burschen. Die UNESCO schätzt, dass von der Gesamtbevölkerung, die weltweit an Schulen eingeschrieben ist, derzeit über 89 Prozent aufgrund von COVID-19-Schließungen nicht zur Schule gehen. Dies entspricht 1,54 Milliarden Kindern und Jugendlichen, die in einer Schule oder Universität eingeschrieben sind, darunter fast 743 Millionen Mädchen. Mehr als 111 Millionen dieser Mädchen leben in den am wenigsten entwickelten Ländern der Welt. Frühere Krisen (z. B. Ebola und Zika) haben gezeigt, dass Mädchen während einer gesundheitlichen Notlage – selbst wenn die Schulen geöffnet bleiben – häufig von den Schulen entfernt werden oder diese zuerst verlassen, da sie zu Hause mehr Betreuungsarbeit leisten müssen. Mit der Schließung von Schulen verlieren Mädchen oft auch den Zugang zu einer sicheren Umgebung, zu nahrhaftem Essen und zu geschlechtsspezifischen Dienstleistungen, die Schulen häufig anbieten (vgl. auch Kap. 4.1 und 4.6).

Gewalt

Aus pandemischen Krisen entstehende ökonomische Auswirkungen für die Bevölkerung führen häufig auch dazu, dass Mädchen in eine Kinder-, Früh- oder Zwangsverheiratung gezwungen werden, zu Kinderarbeit oder in bestimmten Kontexten für Transaktionssex³ von der Schule genommen werden (UN 2020c). Die durch Lockdowns und Ausgangsbeschränkungen mehrfach

3

Transaktionssex bezieht sich auf sexuelle Beziehungen, in denen das Geben und/oder Empfangen von Geschenken, Geld oder anderen Dienstleistungen ein wichtiger Faktor ist. Darin involvierte Personen reihen sich eher als Freundin und Freund ein als als Sexarbeiterin und Sexkäufer (Wamoyi et al. 2019).

angespannten Situationen für Haushalte und die reduzierten sozialen Kontaktmöglichkeiten nach außen führen in vielen Ländern auch zu einem Anstieg häuslicher Gewalt. Das Zuhause und die Familie sind nicht immer ein sicherer Ort für Frauen, Kinder oder ältere Personen. Laut WHO (2020a) sind in vielen Ländern die Anrufe bei Helplines bei häuslicher Gewalt um zehn bis 50 Prozent gestiegen, in der Provinz Hubei in China sind Gewalttaten gegen die Partnerin um das Dreifache angestiegen, in manchen Settings sind Missbrauch und Gewalt gegen ältere Menschen um das Zehnfache gestiegen (vgl. auch Kap. 4.1 und 4.9).

Der Zugang zu Unterstützungsangeboten bei häuslicher Gewalt (u. a. durch erschwerte Möglichkeiten einer Kontaktaufnahme für Hilfeleistungen) war während der Lockdowns eingeschränkt. Frauen in Gewaltbeziehungen konnten häufig Hilfe nicht über telefonische Angebote in Anspruch nehmen, da der Partner aufgrund des Lockdowns immer vor Ort war und Kontrollverhalten oft Teil psychischer Gewaltausübung ist. Studien zu früheren Pandemien und Krisen zeigten, dass sich die Prävalenz und Schwere von geschlechtsspezifischer Gewalt, insbesondere sexueller und häuslicher Gewalt, in Krisenzeiten erhöht (EIGE 2021). Eine deutsche Studie zum Thema dürfte für Österreich übertragbar sein. Diese erste große repräsentative Umfrage der Technischen Universität München zu häuslicher Gewalt während der Corona-Pandemie in Deutschland zeigte, dass rund drei Prozent der Frauen (das wären rund 135.000 Frauen in Österreich) während der Zeit der strengen Kontaktbeschränkungen zu Hause Opfer körperlicher Gewalt wurden. 3,6 Prozent der Frauen wurden von ihrem Partner vergewaltigt. In 6,5 Prozent aller Haushalte wurde Gewalt gegen Kinder verübt. Deutlich höher noch lagen die Zahlen, wenn die Frauen in Quarantäne waren oder die Familien finanzielle Sorgen hatten. Nur ein sehr kleiner Teil der betroffenen Frauen nutzte die vorhandenen Hilfsangebote (Steinert/Ebert 2020).

Daten und Studien aus Österreich

Nicht zu allen diesen international aufgegriffenen Aspekten liegen für Österreich Informationen vor. Zu manchen Themen wurden während der COVID-19-Pandemie zum Teil mehr oder weniger belastbare Daten generiert (u. a. Arbeit, ökonomische Situation, Mehrfachbelastungen), zu anderen Themen muss auf anekdotische Datenlagen zurückgegriffen werden (u. a. Gewalt, psychische Auswirkungen) beziehungsweise auf internationale Literatur und Studienergebnisse.

Arbeitssituation

Im umfassenden Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit (Stadt Wien 2020) sind zentrale Auswirkungen von COVID-19 auf Frauen ausgeführt. Sie sind die Systemerhalterinnen in der Krise. Vor allem Frauen arbeiten in systemrelevanten Berufen. Im Juni 2020 wurde von der Universität Wien in Kooperation mit dem Wittgenstein Centre und dem IHS (Steiber/Muttarak 2020) eine repräsentative Studie durchgeführt, in der untersucht wurde, welche ökonomischen Sektoren mit einem besonders hohen COVID-19-Ansteckungsrisiko einhergehen und ob Frauen davon stärker betroffen sind. Die Ergebnisse zeigten: In den drei Hochrisikobranchen Bildung, Gesundheit/Pflege und Handel arbeiten überwiegend Frauen. Im risikoreichsten Bildungsbereich lag der Anteil der darin beschäftigten Frauen bei 71 Prozent, im Gesundheits-/Pflegebereich bei 76 Prozent und im Handel bei 56 Prozent (vgl. auch Kap. 4.7). Besonders Frauen im Alter von 45 bis 54

Jahren waren im Verhältnis zu Männern von COVID-19 stark betroffen. Die höhere Belastung durch COVID-19-Infektionen unter Frauen im Haupterwerbsalter spiegelte demnach wider, dass diese in hinsichtlich COVID-19 besonders exponierten Berufen tätig sind.

Eine weitere – auch ökonomisch relevante – Auswirkung der Pandemie ist, dass laut Erhebungen der WU Wien in Kooperation mit der AK Wien infolge der Pandemie Frauen ihre Erwerbsarbeitszeit reduziert haben, um Homeoffice und Homeschooling sowie die ganztägige Kinderbetreuung zu bewältigen. Die Daten zeigten außerdem, wie stark Homeoffice mit Bildung und Einkommen korreliert: Nur das obere Fünftel konnte im Homeoffice arbeiten (Mader 2021). Im ersten Lockdown reduzierten 33,7 Prozent der Frauen ihre Arbeitszeit und 23,7 Prozent der Männer. Im zweiten Lockdown waren es zehn Prozent der Frauen und 6,7 Prozent der Männer (SORA 2020). Die schwierigen Arbeitssituationen führten neben der steigenden Arbeitslosenquote zu finanziellen Nachteilen für Frauen mit ökonomisch unsicherer Zukunft (Mader 2021) (vgl. auch Kap. 4.7 und 4.8).

Mehrfachbelastung – psychische Auswirkung

Auf Basis einer Online-Erhebung wurden von der WU Wien in Kooperation mit der AK Wien im Zeitraum April/Mai 2020 Daten zu Effekten von COVID-19 auf Homeoffice und die Verteilung unbezahlter Arbeit erhoben. 57 Prozent der befragten Frauen übernahmen während des Lockdowns mehr Hausarbeit als der Partner, 71 Prozent übernahmen mehr Kinderbetreuung und die Fürsorge für sämtliche Familienmitglieder als der Partner. Die letzte Zeitverwendungsstudie gab es 2008/2009, seither fehlen in Österreich Daten zu unbezahlter Arbeit. Betrachtet man das Ausmaß an bezahlter und unbezahlter Arbeit gemeinsam, arbeiteten Frauen und Männer während des ersten Lockdowns zwischen elf und 15 Stunden pro Tag. Alleinerzieherinnen kamen mit knapp 15 Stunden auf die meisten Stunden, davon entfielen neun Stunden auf unbezahlte Kinderbetreuung und Hausarbeit. Auch in Paarhaushalten arbeiteten Mütter im Schnitt 9,5 Stunden täglich unbezahlt, Väter hingegen nur knapp sieben Stunden (Stadt Wien 2020). In eine Befragung von SORA in Kooperation mit dem Momentum Institut zeigten die Daten, dass Frauen während der Lockdowns mehr Kinderbetreuung übernahmen (40 %) als vor der COVID-19-Pandemie (38 %). Wenn sie arbeiteten, dann vor allem im zweiten Lockdown besonders stark zu Randzeiten, wie vor 8 Uhr (28 % vs. 17 % der Männer), nach 20 Uhr (30 % vs. 17 % der Männer), nach 22 Uhr (12 % vs. 9 % der Männer) und/oder am Wochenende (22 % vs. 15 % der Männer) (SORA 2020).

In Zartler (2020) wird ausgeführt, dass vor allem für Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss oder für Alleinerzieherinnen die Situation aufgrund der schlechten Vereinbarkeit von beruflichen Verpflichtungen und Anforderungen der Schule problembehaftet war (vgl. auch Kapitel 4.9). Große Unterschiede hinsichtlich der Zeitverwendung ergaben sich aufgrund des Erwerbsausmaßes und des Bildungsstands. So waren deutlich mehr Familien mit maximal einem Lehrabschluss von Kurzarbeit bzw. Kündigung betroffen, wodurch es den Männern eher möglich war, zu Hause mehr zu helfen. Frauen mit Hochschulabschluss übernahmen einen größeren Anteil der unbezahlten Arbeit, da externe Unterstützung wegfiel. Frauen mit niedrigerem Bildungsabschluss hatten bereits vor der COVID-19-Krise große Teile der unbezahlten Arbeit übernommen, wodurch der Anstieg der übernommenen Care-Arbeit etwas geringer ausfiel (Mader 2021; Zartler 2020). Die Ergebnisse für

Österreich decken sich mit zahlreichen europäischen und internationalen Studien (vgl. auch Kapitel 4.7).

Die Auswirkungen der Mehrfachbelastung von Frauen während der Lockdowns zeigten sich bei der von der WU Wien und der AK Wien durchgeführten Erhebung und den darin abgefragten Indikatoren zu psychischer Gesundheit. In allen acht abgefragten Dimensionen war der Anteil der Frauen, die angaben, dass sich ihre Beschwerden verschlechtert haben, höher als jener der Männer. Diese gaben hingegen viel häufiger zur Antwort, dass ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Zeit vor den Lockdowns unverändert geblieben sei. Auch die Auswertungen nach Haushaltstyp zeigten ein eindeutiges Muster. Alleinerziehende gaben in sämtlichen Dimensionen eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustandes an. In sieben der acht Kategorien erklärten zwischen 42 Prozent und 63 Prozent – also in etwa die Hälfte – der alleinerziehenden Umfrageteilnehmerinnen, dass sich ihr psychischer Zustand verschlechtert habe (Stadt Wien 2020) (vgl. auch Kapitel 4.7).

Zusammenfassend fällt auf, dass viele Informationen zur Situation von Frauen im Kontext von COVID-19 vorliegen, aber häufig nicht weiter unterschieden wird, wie Frauen nach beispielsweise Alter, Einkommen und Bildung unterschiedlich belastet oder betroffen sind. Eine solche Differenzierung findet sich auch im Fall der Beschreibung von Situationen bei Männern kaum. Obwohl zu den Themen Arbeit/Arbeitssituation, ökonomische Situation und Mehrfachbelastungen für Österreich Studien vorliegen, sind diese für detailliertere Ergebnisse nach Gender und Geschlecht nicht repräsentativ. Insbesondere mangelt es an differenzierten Daten nach Gender und Geschlecht bei den Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und bei Gewalt. Zu Themen, die international in Studien mehrfach behandelt wurden (u. a. sexuelle und reproduktive Gesundheit, LGBTIQ, Bildungszugang, Infektionsgeschehen/Erkrankung), gibt es für Österreich überwiegend keine belastbare repräsentative Datenlage, wenn es um detaillierte geschlechts- oder genderspezifische Ausprägungen geht. Damit fehlen entscheidende Grundlagen, um gesicherte Aussagen zur gender- und geschlechtsspezifischen COVID-19-Situation und deren sozialen/sozioökonomischen Folgen zu treffen.

4.4 Menschen mit Migrationshintergrund⁴

Bei Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Angehörigen ethnischer Minderheiten zeigen sich die in Kapitel 3 beschriebenen komplexen Wechselwirkungen besonders deutlich.

Die vorliegenden Artikel beziehen sich auf unterschiedliche Gruppen von Menschen, die sich zum Teil überschneiden: Menschen mit Migrationserfahrung⁵, Menschen mit Fluchterfahrung⁶ und Angehörige von ethnischen Minderheiten⁷. Dies hängt mit den jeweils verfügbaren Daten zusammen. In der Literatur werden darüber hinaus auch verschiedene Bevölkerungsgruppen mit in den jeweiligen Ländern üblichen, in Österreich aber nicht verwendeten Begriffen, wie beispielsweise „Black ethnic groups“ oder „White ethnic groups“, bezeichnet. Diese werden im vorliegenden Kapitel entsprechend zitiert.

Während in vielen europäischen Ländern nur die Nationalität erfasst wird, wird in Großbritannien die ethnische Zugehörigkeit sehr detailliert erfasst. In welchem Land die Menschen geboren sind, bleibt so oder so häufig unklar. Hinsichtlich der Betroffenheit durch die Pandemie und der identifizierten Zusammenhänge scheinen sich für die jeweils beschriebenen Gruppen jedoch durchaus Parallelen zu zeigen.

Daten zur direkten Betroffenheit durch das Coronavirus

Die aussagekräftigsten Daten kommen aus **Großbritannien**. PHE (2020) hat sich beispielsweise sehr ausführlich mit der Ungleichheit hinsichtlich des Infektionsrisikos und der COVID-19-„Outcomes“ in Großbritannien beschäftigt und unter anderem Daten analysiert. Die höchsten Infektionsraten (Diagnosen) pro 100.000 Einwohner:innen wurden – unter Berücksichtigung des Alters – demnach in „Black ethnic groups“ (486 bei Frauen und 649 bei Männern) und die niedrigsten bei „White ethnic groups“ (220 bei Frauen und 224 bei Männern) gefunden. Daten zum Verlauf von bestätigten COVID-19-Erkrankungen zeigen, dass – unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Deprivation (sozioökonomischem Status) und Wohnort – Menschen aus der Gruppe der „Bangladeshis“ ein rund zweimal so hohes Risiko haben, an COVID-19 zu versterben, wie Menschen aus

4

Menschen mit Migrationshintergrund sind entweder selbst (dann werden sie auch als 1. Generation bezeichnet) in einem anderen Land geboren oder dies trifft auf ihre Eltern zu (dann werden sie auch als 2. Generation bezeichnet).

5

Menschen mit Migrationserfahrung sind aus ihrem Geburtsland in ein anderes Land migriert und haben daher selbst die Erfahrung der Einwanderung gemacht (sie werden auch als 1. Generation bezeichnet).

6

Menschen mit Fluchterfahrung sind aus ihrem Herkunftsland geflüchtet. Das sagt jedoch nichts über ihren aktuellen Aufenthaltsstatus aus, sie können z. B. Asylwerber:innen sein, aber auch bereits einen Schutzstatus zugesprochen bekommen haben.

7

Ethnische Minderheiten sind Angehörige einer Volksgruppe, die in dem betrachteten Land nicht zur Mehrheitsbevölkerung gezählt werden. Das können z. B. Angehörige der Volksgruppe der Roma sein oder auch Menschen, die selbst bzw. deren Vorfahren aus einem anderen Land eingewandert sind.

der Gruppe der „White British“. Bei Menschen aus den Gruppen „Chinese“, „Indian“, „Pakistani“, „Other Asians“, „Caribbean“ und „Other black“ liegt dieses Risiko zwischen zehn und 50 Prozent höher als bei Menschen aus der Gruppe „White British“. Auch die allgemeine Sterblichkeit war während der Pandemie in der „Black“- und „Asian“-Bevölkerung deutlicher erhöht (bei Männern um den Faktor 4 bzw. 3, bei Frauen um den Faktor 3 bzw. 2,4) als in der „White“-Bevölkerung (bei Männern um den Faktor 2, bei Frauen um den Faktor 1,6). Es wird darauf hingewiesen, dass im Gegensatz dazu in früheren Jahren die allgemeine Sterblichkeit in „Asian“- und „Black“-Bevölkerungsgruppen niedriger war als in „White“-Bevölkerungsgruppen. Auch in der Literatur zeigt sich laut Public Health England diese Ungleichheit bezüglich des erhöhten Infektionsrisikos und der Übersterblichkeit in den BAME-Bevölkerungsgruppen. Hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung war die zum Zeitpunkt des Berichts vorliegende Evidenz laut PHE (2020) gemischt.

Ähnliche Ergebnisse fanden das Office for National Statistics (2020) und Platt/Warwick (2020), die ebenfalls Daten aus Großbritannien analysierten. Laut Platt/Warwick (2020) waren die Pro-Kopf-COVID-19-Todesfälle in Krankenhäusern in der „Black Caribbean“-Bevölkerung am höchsten bzw. dreimal so hoch wie jene in der „White British“-Bevölkerung, obwohl sie aufgrund des geringeren Durchschnittsalters der ethnischen Minderheiten niedriger sein sollten. Gleichzeitig leben sie aber auch häufiger in benachteiligten Wohnvierteln. Werden nun mithilfe von Alter, Geschlecht und Wohnort Profile für die verschiedenen ethnischen Minderheiten erstellt und diese berücksichtigt, dann zeigt sich, dass die Ungleichheit in der Sterblichkeit noch größer ist als angenommen. Werden Alter und Wohnort berücksichtigt, dann sind bei den „Pakistani“ 2,9-mal und bei den „Black Africans“ 3,7-mal so viele Todesfälle in Krankenhäusern zu finden wie in der Gruppe der „White British“. Übersterblichkeit gibt es auch in der „Indian“- und „Black Caribbean“-Bevölkerung und bei anderen „White ethnic groups“, während die Anzahl der Todesfälle in der „Irish“-Bevölkerung niedriger ausgefallen ist als jene in der „White British“-Bevölkerung. Platt/Warwick (2020) betonen, dass diese Unterschiede nicht durch die Todesfälle außerhalb von Krankenhäusern erklärt werden können.

Razai et al. (2021) haben bei der Analyse der Daten zu Infektion mit SARS-CoV-2, Entwicklung schwerer Krankheitsverläufe und COVID-19-Mortalität für Angehörige ethnischer Minderheiten in Großbritannien das Alter und Geschlecht sowie einen Deprivationswert berücksichtigt. Ihre Analyse zeigt auch, dass das „excess risk“ (übermäßiges Risiko) für alle drei „Outcomes“ um 40 bis 50 Prozent gesenkt werden könnte, wenn die Lebensbedingungen von jenen 25 Prozent der Gruppe mit dem höchsten Deprivationswert verbessert würden. Würden die Lebensbedingungen von 50 Prozent verbessert, könnte das „excess risk“ sogar um über 80 Prozent reduziert werden.

Bhala et al. (2020) erwähnen noch, dass 34 Prozent der schwer erkrankten Menschen ethnischen Minderheiten zuordenbar sind, obwohl sie nur ca. 14 Prozent der gesamten Bevölkerung ausmachen. Auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des NHS sterben laut Bhala et al. jene aus ethnischen Minderheiten überproportional häufig an COVID-19.

In den **USA** zeigt sich laut Bhala et al. (2020) und EUPHA MIG Section (2020) ein ähnliches Muster, d. h. erhöhte Infektionsraten, schwerere Verläufe und mehr Todesfälle, für „African Americans“ und „Hispanics/Latinos“. So betreffen in Chicago fast 52 Prozent der COVID-19-Todesfälle „African

Americans“, obwohl ihr Anteil in der Gesamtbevölkerung nur bei rund 30 Prozent liegt. In New York sind „Hispanic people“ stärker betroffen als „White Americans“.

Entsprechende Daten aus **anderen Ländern** liegen eher spärlich vor. Zu Frankreich berichten Gosselin et al. (2020), dass die Übersterblichkeit zwischen März und April 2020 bei Menschen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch war wie bei Einheimischen (+54 % bei Menschen aus Nordafrika, +114 % bei Menschen aus Subsahara-Afrika). Aus Deutschland berichten Gottlieb et al. (2020) beispielsweise, dass sich von 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Schlachthofs, die großteils aus Osteuropa zugewandert sind, ein Drittel infiziert hat. Saitovic/Szilvasi (2021) berichten, dass Roma stark von COVID-19 betroffen sind und oft zu den ersten infizierten Menschen in Europa gehörten (z. B. in Frankreich, Spanien, Griechenland, Rumänien).

Aus Italien berichten Fabiani et al. (2021), dass nicht-italienische Staatsbürger:innen häufiger stationär aufgenommen wurden und intensivmedizinische Behandlung benötigten als italienische Staatsbürger:innen. Auch die Sterblichkeit war höher, v. a. für jene Menschen, die aus Herkunftsländern mit einem niedrigen Human Development Index (HDI) kommen. Sie beschreiben das als „inverse gradient“: Mit sinkendem HDI eines Herkunftslandes steigt das Risiko. Zusätzlich stellen Fabiani et al. (2021) fest, dass die Diagnose COVID-19 bei jenen Menschen, die keine italienische Staatsangehörigkeit haben, im Median zwei Wochen später gestellt wird. Dies wird durch Ergebnisse einer von Fabiani et al. (2021) zitierten Seroprävalenzstudie bestätigt, nach der Menschen mit Migrationshintergrund eher bei stärkeren Symptomen getestet wurden. Ähnliche Muster zeigten sich schon für andere Infektionskrankheiten, wie z. B. Tuberkulose.

Daten aus Griechenland zeigen, dass rund die Hälfte der – vermutlich bis Anfang September 2020 – in Attica (Griechenland) stationär aufgenommenen COVID-19-Patientinnen und -Patienten entweder Drittstaatsangehörige oder Menschen mit Fluchterfahrung waren (Carruthers et al. 2020). Weitere Daten zu Menschen mit Fluchterfahrung in Griechenland lassen einen Mindestanteil von rund fünf Prozent aller bestätigten COVID-19-Fälle vermuten – wobei es sich bei diesen Zahlen nicht um eine systematische Erfassung und somit vermutlich um eine Unterschätzung des tatsächlichen Anteils handelt.

Apea et al. (2021) beobachteten in fünf Krankenhäuser des National Health Service (NHS) in London, dass Patientinnen und Patienten mit schwarzem oder asiatischem Hintergrund höhere Raten von schwerer Erkrankung (rund doppelt so häufig ICU) und Mortalität aufwiesen. Sie zeigten ein erhöhtes Mortalitätsrisiko v. a. auch schon in jüngerem Alter. Die Unterschiede konnten weder durch die Prävalenz von Vorerkrankungen erklärt werden noch durch Unterschiede in der Blutgruppe.

Für **Österreich** liegen wenig Daten vor. So können beispielsweise die stationären Aufenthalte nach Nationalität ausgewertet werden. Die nur unveröffentlicht vorliegenden Daten zeigen, dass im Jahr 2020 Menschen aus manchen Herkunftsländern deutlich häufiger aufgrund von COVID-19 stationär aufgenommen wurden als ihr Anteil an allen Krankenhausaufenthalten 2019 ausgemacht hat. Dies gilt z. B. für Menschen aus der Türkei, Bosnien-Herzegowina, Serbien, Mazedonien, Afghanistan oder dem Kosovo. Bei anderen Herkunftsländern zeigte sich ein umgekehrtes Bild, dazu gehören z. B. Deutschland, Polen, Syrien und Italien. Vertiefende Analyse zur Erklärung dieser

Unterschiede fehlen bisher. Zudem ist die Staatsbürgerschaft nur ein Indiz für einen Migrationshintergrund. Menschen, die zwar im Ausland geboren sind, aber inzwischen die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen haben, werden so nicht erfasst.

Zusammenhänge zur indirekten Betroffenheit durch die Pandemie

Folgende Faktoren werden als Ursachen für die höheren Infektionszahlen und COVID-19-Todesfälle bei Menschen aus ethnischen Minderheiten bzw. mit Migrationshintergrund angeführt:

Die **berufsbedingte Exposition** (vgl. auch Kapitel 4.7) betrifft in Großbritannien ethnische Minderheiten besonders stark, da sie häufiger als „Key workers“ (z. B. in der Lebensmittelherstellung) bzw. im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten, wo nicht nur generell sozialer Kontakt häufig, sondern auch die Wahrscheinlichkeit groß ist, mit infizierten Personen in Kontakt zu kommen. Für Großbritannien gilt dies z. B. für Menschen aus der BAME-Bevölkerung (PHE 2020). Platt/Warwick (2020) beschreiben, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (im Erwerbsalter) besonders häufig im Gesundheitswesen arbeiten. So beträgt der Anteil der „Black Africans“ (2,2 % Anteil an der Gesamtbevölkerung im Erwerbsalter) an Pflegepersonen („nurses“) sieben Prozent. Diese Berufsgruppe hatte den höchsten Anteil an Todesfällen aller NHS-Mitarbeiter:innen, wobei die Mehrheit der Betroffenen einer ethnischen Minderheit angehörte. Gosselin et al. (2020) beschreiben die erhöhte Exposition allgemein für Menschen mit Migrationshintergrund und erwähnen auch Berufe wie Kassierer:in. Laut WHO (2020b) arbeitet mehr als ein Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund in gering qualifizierten Jobs, wie Reinigungskräfte und Pflegepersonal. Gottlieb et al. (2020) und Burns et al. (2020) bzw. die WHO (2020b) erwähnen auch fehlende Schutzkleidung und Gesundheitschecks als Ursache für erhöhtes Infektionsrisiko von Saisonarbeiterinnen und -arbeitern, Beschäftigten von Schlachthöfen bzw. auf dem informellen Arbeitsmarkt Beschäftigten, ebenfalls ein Bereich mit einem sehr hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund.

Die WHO (WHO (2020a); WHO (2020b) weist im Zusammenhang mit berufsbedingter Exposition weiters auf Berufe hin, in denen keine Telearbeit möglich ist, sowie auf die besondere Vulnerabilität von Sexarbeiterinnen bzw. Sexarbeitern mit Migrationshintergrund. Letztere sind nicht nur einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt, sondern auch der Ausbeutung und müssen aufgrund ihrer Lebensumstände (und der mit ihrer Tätigkeit häufig oder während der Pandemie verbundenen Illegalität) unter besonders riskanten Bedingungen arbeiten.

Auch die häufigere **Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln**, die oft auch als überfüllt beschrieben werden, für den Weg zur Arbeit wird als Ursache für die erhöhte Infektionsgefahr angegeben, z. B. für Menschen aus der BAME-Bevölkerung in Großbritannien (PHE 2020) oder prekär beschäftigte Menschen mit Migrationshintergrund (Gottlieb et al. 2020). In einer Befragung der WHO (2020a) gaben 20 Prozent der befragten Menschen mit Fluchterfahrung an, dass es schwer war, den öffentlichen Verkehr zu vermeiden und zu Hause zu bleiben.

Eine weitere Ursache für ein erhöhtes Infektionsrisiko kann die **Wohnsituation** sein, wenn sie mit einer hohen Bevölkerungsdichte im Wohnviertel, einem Überbelag in der Wohnung bzw. der Unterkunft und anderen Faktoren (v. a. dass Koch- und Waschmöglichkeiten von vielen geteilt werden

müssen und kein(e) bzw. zu wenig Wasser und Seife/Desinfektionsmittel zur Verfügung stehen) einhergeht. In diesen Situationen kann weder Social Distancing noch vermehrte Hygiene umgesetzt werden. Das wurde z. B. für Menschen aus der BAME-Bevölkerung beschrieben (PHE 2020), für Menschen mit Migrationshintergrund (Kluge et al. 2020; Lancet Migration 2020; WHO 2020b), für Menschen mit Fluchterfahrung – insbesondere Asylwerber:innen – (Burns et al. 2020; Entringer et al. 2021; Gosselin et al. 2020; Gottlieb et al. 2020; Kluge et al. 2020; Kohlbacher et al. 2021), für Saisonarbeiter:innen (Gottlieb et al. 2020) und Roma (ECRI 2021). Speziell bei Menschen mit Fluchthintergrund wird z. B. ihr hoher Anteil an den bestätigten COVID-19-Fällen in Griechenland auf die schlechten Lebensbedingungen in überfüllten und schlecht ausgestatteten Unterkünften (zu wenig Toiletten, Duschen, sauberes Wasser), wo sie immer anstehen müssen, zurückgeführt (Carruthers et al. 2020). Das Einhalten von Social Distancing und Hygieneregeln ist unter diesen Umständen unmöglich. Kluge et al. (2020) verweisen außerdem darauf, dass Menschen mit Migrations- oder Fluchthintergrund einen hohen Anteil der obdachlosen Bevölkerung ausmachen, was auch das Einhalten von Public-Health-Maßnahmen verhindern und damit das Ansteckungsrisiko erhöhen kann.

In diesem Zusammenhang ist auch die **Kollektivquarantäne** zu erwähnen, die zwar nicht nur, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund, beispielsweise insbesondere Menschen mit Fluchthintergrund, trifft. Bozorgmehr et al. (2020) untersuchten z. B. 1.769 bestätigte Infektionen unter Geflüchteten in 42 Einrichtungen und die Folgen der gesetzten Quarantänemaßnahmen auf die weiteren Infektionsraten. Das weitere Ausbreitungsrisiko betrug in den Einrichtungen, in denen die Personen nach einer Testung individuell in Quarantäne geschickt wurden, nur fünf Prozent. In jenen Einrichtungen, in denen Kollektivquarantäne verhängt wurde, betrug das Ausbreitungsrisiko hingegen 18 bzw. 19 Prozent. Die Autorinnen und Autoren verweisen darauf, dass ähnlich hohe Werte z. B. bei Massenquarantänen auf Kreuzfahrtschiffen oder in Gefängnissen nachgewiesen wurden. Hingegen gebe es keine Studien, die einen positiven Nutzen für die Bevölkerung außerhalb der Einrichtung nachweisen würden. Sie betonen aber auch die hohe Heterogenität des Infektionsrisikos in den untersuchten Unterkünften, die ihrer Ansicht nach durch die soziodemografischen Merkmale der Bewohner:innen, die Belegungsdichte, die jeweils (nicht) vorhandenen Möglichkeiten zur Selbstisolation und physischen Distanzierung sowie der Trennung von Infizierten und Nichtinfizierten, aber auch durch den Zeitpunkt der Identifizierung von Infektionsfällen bedingt sind. Auch Carruthers et al. (2020) und Tallarek et al. (2020) betonen, dass Kollektivquarantäne die Situation in den Unterkünften verschärft, da dadurch die nicht infizierten Menschen innerhalb der Lager einem erhöhten Infektionsrisiko und zusätzlichem Stress sowie möglichen negativen Folgen für die Gesundheit ausgesetzt sind. Gleichzeitig wird vermutet, dass dadurch die Gefahr für größere Ausbrüche in diesen Settings erhöht wird. Von Kollektivquarantäne waren in manchen europäischen Ländern auch Roma betroffen, was das Isolieren der infizierten Menschen erschwerte (Saitovic/Szilvasi 2021).

Bei ethnischen Minderheiten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund liegen außerdem häufig ein **schlechterer Gesundheitszustand** bzw. **Grunderkrankungen** vor, die Menschen für einen schweren Verlauf von COVID-19 und eine erhöhte Sterblichkeit besonders anfällig machen (z. B. Bhala et al. 2020; WHO 2020b). Für Großbritannien berichten dies PHE (2020) für die BAME-Bevölkerung bzw. Platt/Warwick (2020) für „Bangladeshis“, „Pakistanis“ und „Black Caribbeans“. Gosselin et al. (2020) erwähnen ein höheres Risiko für chronische Erkrankungen wie Adipositas,

Diabetes, Bluthochdruck und Tuberkulose, die mit schlechteren Outcomes bei COVID-19 einhergehen, für Menschen mit Migrationshintergrund. Laut Saitovic/Szilvasi (2021) gehören auch Angehörige der Volksgruppe der Roma in Europa zu jenen Menschen, die – aufgrund von Benachteiligungen und dadurch bedingten Lebensumständen – in hohem Ausmaß chronische Erkrankungen aufweisen und somit auch anfälliger für COVID-19 sind. Carruthers et al. (2020) zitieren Medecins du Monde, nach deren Einschätzung rund 40 Prozent ihrer Patientinnen und Patienten in den Flüchtlingslagern auf den griechischen Inseln nicht übertragbare Krankheiten aufweisen. Fiorini et al. (2020) bestätigen das hohe Risiko für eine COVID-19-Erkrankung bei Einwanderinnen bzw. Einwanderern ohne Papiere in Italien aufgrund des vorliegenden schlechten Gesundheitszustandes (inkl. chronischer Vorerkrankungen) und der ungesunden Lebensweise (so ist z. B. Rauchen stark verbreitet).

In Bezug auf den Gesundheitszustand ist auch die **psychische Gesundheit** relevant, die sich in der Pandemie in vielen Bevölkerungsgruppen verschlechtert hat, darunter auch bei Menschen mit Migrationshintergrund. Entringer et al. (2021) und Burns et al. (2020) verweisen auch auf die bereits vor der Pandemie überproportional häufiger vorliegenden psychischen Belastungen von Menschen mit Fluchterfahrung sowie deren Einsamkeit (u. a. durch mangelnde gesellschaftliche Teilhabe), die beide durch die Pandemie verstärkt würden. Laut WHO (2020a) erlebten mindestens 50 Prozent der befragten Menschen mit Fluchterfahrung während der Pandemie häufiger Depression, Ängste, Einsamkeit und Sorgen. Auch von erhöhtem Drogen- und Alkoholkonsum wird berichtet. Prekäre Wohnsituationen wirken sich auch in Bezug auf die psychischen Belastungen der Menschen mit Fluchthintergrund verstärkend aus. Hausangestellte erleben laut Burns et al. (2020) oft Gewalt, Missbrauch und Ausnutzung, was sich während der Pandemie verstärkt hat, gleichzeitig haben sie mehr Schwierigkeiten, Hilfe zu suchen.

In diesem Zusammenhang wird auch oft der **eingeschränkte Zugang zu medizinischer Versorgung** als Ursache für schwerere Krankheitsverläufe und Todesfälle durch COVID-19 genannt (z. B. Carruthers et al. (2020). Dieser Zugang wird u. a. durch fehlende Versicherung bzw. Unsicherheit bezüglich der eigenen Ansprüche (Burns et al. 2020; Tallarek et al. 2020; WHO 2020a), sprachliche Hürden und mangelnde Gesundheitskompetenz erschwert (Gosselin et al. 2020), aber auch durch Informationsdefizite (Lancet Migration 2020; Tallarek et al. 2020). Dazu gehört auch das Fehlen sprachsensitiver Information bzw. die ausschließliche Bereitstellung von textbasierter Information, zu der es keinen Zugang gibt bzw. die nicht von allen gelesen werden kann. EUPHA MIG Section (2020) erwähnt auch, dass Menschen mit Migrationshintergrund bzw. ethnische Minderheiten mit Informationen bezüglich Gesundheitsförderung nicht erreicht werden. Laut Bhopal (2020) fehlen insbesondere Strategien zur Informationsweitergabe an Menschen mit Fluchthintergrund bzw. Einwanderer:innen ohne Papiere. Kluge et al. (2020) berichten außerdem, dass die Gesundheitsversorgung in Flüchtlingslagern generell von Knappheit geprägt ist. Burns et al. (2020) berichten sogar von der Ablehnung der Behandlung von Einwandererinnen und Einwanderern ohne Papiere durch Hausarztpraxen in Großbritannien, obwohl diesen eine Behandlung in diesem Setting zustehen würde. Auch Menschen, die von moderner Sklaverei oder Menschenhandel betroffen sind, erhalten laut Burns et al. (2020) eher keine COVID-19-Behandlung. Sowohl Lancet Migration (2020) als auch Tallarek et al. (2020) führen das Fehlen eines inklusiven Ansatzes im Gesundheitssystem als Hürde für dessen Inanspruchnahme an.

Doch nicht nur der Zugang zum Gesundheitssystem, sondern auch **frühere Erfahrungen von Rassismus und Diskriminierung**, die z. B. Menschen aus der BAME-Bevölkerung dort gemacht haben, und **fehlendes Vertrauen** spielen eine Rolle: Menschen mit Symptomen wenden sich dann eher nicht oder zu spät an das Gesundheitssystem und Mitarbeiter:innen fordern keine Schutzmaßnahmen oder -ausrüstung ein (z. B. Bhala et al. 2020; Lancet Migration 2020; PHE 2020). Solche Erfahrungen wirken sich aber auch direkt negativ auf den Gesundheitszustand (Stress und in der Folge psychische oder physische Erkrankungen) aus und erhöhen somit wieder die Wahrscheinlichkeit für eine erhöhte Anfälligkeit für und eine schlechtere Entwicklung von COVID-19 (PHE 2020; Razai et al. 2021), was zu einem sozialen Rückzug führen und sich dann wiederum nachteilig auf den Integrationsprozess auswirken kann. Laut WHO (2020a) berichteten die befragten Menschen mit Fluchthintergrund von häufigerer Diskriminierung aufgrund der Pandemie, von den jüngeren (im Alter von 20 bis 30 Jahren) waren es mindestens 30 Prozent, von jenen in prekären Wohnsituationen fast 40 Prozent. Erlebte Diskriminierung, negative Kommunikation und Maßnahmen wie Kollektivquarantäne erhöhen auch unter Roma das Misstrauen gegenüber Behörden (ECRI 2021; Saitovic/Szilvasi 2021). Gleichzeitig macht es – in Kombination mit einem fehlenden Zugang zu neutraler Information – empfänglicher für Gerüchte und Verschwörungstheorien und reduziert dadurch die Bereitschaft für Testung, Behandlung und Impfung.

Ethnische Minderheiten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund sind auch **wirtschaftlich vulnerabler** (Burns et al. 2020; Entringer et al. 2021; Gottlieb et al. 2020; Platt/Warwick 2020; WHO 2020a; WHO 2020b). Dies liegt darin begründet, dass sie

- » aufgrund der häufigeren Beschäftigung in bestimmten Branchen ein geringeres Einkommen haben,
- » in Berufen arbeiten, die von den Lockdowns (und damit dem Jobverlust) besonders betroffen waren (wie z. B. das Gastgewerbe oder Fahrdienste),
- » häufiger selbstständig tätig bzw. prekär beschäftigt sind,
- » kein zweites Einkommen in der Familie haben, das als Puffer dienen kann,
- » weniger Ersparnisse haben (z. B. aufgrund der Überweisungen an Familienangehörige in den Herkunftsländern),
- » häufiger erwerbslos sind (in Frankreich trifft dies laut Gosselin et al. (2020) für 24 % der Drittstaatsangehörigen zu im Gegensatz zu 9 % der Menschen ohne Migrationshintergrund),
- » unter Umständen hohe Visagebühren bezahlen müssen oder
- » keine staatlichen Ausgleichszahlungen oder andere Unterstützungsleistungen erhalten (Burns et al. 2020; Lancet Migration 2020).

Burns et al. (2020) berichten zum Beispiel, dass EU-Bürger:innen in Großbritannien in Niedriglohnjobs, Nullstundenjobs und in befristeten Jobs überrepräsentiert sind und im Fall eines Jobverlusts oft kein soziales Netz und keine Ansprüche auf Unterstützung haben. Diese wirtschaftliche Vulnerabilität von Menschen mit Migrationshintergrund führt einerseits dazu, dass sie von Jobverlusten besonders stark betroffen waren, und andererseits, dass sie aus Angst vor den möglichen Konsequenzen Testangebote und Behandlung nicht in Anspruch nehmen und weiterhin arbeiten gehen – womöglich trotz Symptomen (Gottlieb et al. 2020; Lancet Migration 2020). Gosselin et al. (2020) erwähnen aber auch Nahrungsmittelmangel, von dem Menschen mit Migrationshintergrund als Folge während der Lockdowns stärker betroffen waren, was durch die Verringerung der kompensierenden Angebote aus dem NGO-Bereich verstärkt wurde. Dies gilt auch für andere Angebote

von NGOs (Burns et al. 2020). Laut WHO (2020a) berichten mindestens 50 Prozent der befragten Menschen mit Fluchthintergrund von negativen Auswirkungen auf ihre Sicherheit und die finanzielle bzw. Arbeitssituation.

Eine schlechtere sozioökonomische Situation hängt oft auch mit einem schlechten Wohnumfeld zusammen und führt oft auch zu einem schlechteren Gesundheitszustand. Dieser geht häufig mit Tabakkonsum, Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen einher, oft auch schon in jüngeren Jahren. Dies sind alle Faktoren, die sich ungünstig auf die Entwicklung bzw. den Schweregrad einer COVID-19-Erkrankung auswirken und von denen – wie bereits erwähnt – Menschen mit Migrationshintergrund bzw. aus ethnischen Minderheiten stärker betroffen sind (u. a. PHE 2020).

Bhala et al. (2020) erwähnen auch **kulturelle Faktoren**, wie z. B. religiöse Orte, Mehrgenerationenhaushalte und soziale Interaktionen, als Ursachen für eine erhöhte Infektionswahrscheinlichkeit. Tallarek et al. (2020) weisen auf die „ethnozentrische Kulturalisierung des individuellen Verhaltens durch öffentliche Diskurse“ hin, die ausgrenzend wirkt. Von Carruthers et al. (2020) wird in Bezug auf Menschen mit Fluchthintergrund beschrieben, dass die Angst vor Abschiebungen das **Contact Tracing** erschwert.

Mit einer COVID-19-Erkrankung geht auch **Stigma** einher, was sich – genauso wie Angst vor einer Diagnose bzw. Quarantäne – wiederum negativ auf das Testen und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auswirkt und dazu führt, dass Menschen erst spät in Behandlung kommen. PHE (2020) berichtet dies z. B. für Menschen aus der BAME-Bevölkerung, Kluge et al. (2020) für Menschen mit Migrations- oder Fluchthintergrund und Emeluumonye/Miglietta (2020) für Menschen mit Fluchthintergrund in italienischen Aufnahmelagern.

Eine verspätete Diagnose kann neben den bereits erwähnten Faktoren, wie eingeschränkter Zugang, vorangegangene schlechte Erfahrungen und mangelndes Vertrauen, mit **verschiedenen weiteren Faktoren** zusammenhängen, wie z. B. (Burns et al. 2020; Fabiani et al. 2021; Gosselin et al. 2020; Gottlieb et al. 2020; Kluge et al. 2020; WHO 2020a)

- » der Angst vor nicht finanzierbaren Rechnungen,
- » der sozioökonomischen Situation und der Angst vor einem Jobverlust und den Konsequenzen für den damit womöglich zusammenhängenden Aufenthaltstitel,
- » der Angst vor einem Verlust der Unterkunft oder
- » insbesondere bei Einwandererinnen und Einwanderern ohne Papiere der Angst vor Polizeikontrollen und womöglich drohenden Abschiebungen.

Diese Verzögerung bei der Diagnose führt wiederum zu einer schlechteren Entwicklung der Erkrankung bzw. einem erhöhten Schweregrad und womöglich zu erhöhter Sterblichkeit (Fabiani et al. 2021).

Speziell für **Österreich** liegen bisher kaum Analysen dazu vor, wie Menschen mit Migrationshintergrund von der Pandemie betroffen sind. Es ist aber zu vermuten, dass auch in Österreich ähnliche Zusammenhänge vorliegen und wirksam werden. Die verfügbaren Daten zur sozioökonomischen Situation (Statistik Austria 2021d) geben einen Hinweis darauf, dass auch in Österreich

Menschen mit Migrationshintergrund häufig zu den sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen gehören. So sind Menschen mit einer anderen Staatsbürgerschaft als einer österreichischen überproportional in der Bevölkerungsgruppe vertreten, die maximal einen Pflichtschulabschluss als formale Bildung aufweist (25,3 % gegenüber 10,9 %). Des Weiteren sind sie weniger häufig erwerbstätig (2020: 65,1 % gegenüber 74,1 %) bzw. häufiger arbeitslos (2020: 15,3 % gegenüber 8,4 %). Auch das Nettojahreseinkommen ist in der Bevölkerung mit anderer Staatsbürgerschaft geringer als jenes der Bevölkerung mit österreichischer Staatsbürgerschaft (2019: 22.389 € gegenüber 27.867 €) bzw. die Armutsgefährdung deutlich höher (45 % gegenüber 21 % vor und 29 % gegenüber 10 % nach Sozialleistungen). Zu berücksichtigen ist, dass diese Daten sich nur auf einen Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund beziehen.

Einige wenige Arbeiten zeigen, dass manche der erwähnten Risikofaktoren auch in Österreich erlebt wurden. Kohlbacher et al. (2021) und Kohlenberger et al. (2021) stellten beispielsweise ebenfalls Informationsdefizite bei Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere bei Menschen mit Fluchthintergrund, fest. Kohlbacher et al. (2021) beschreiben außerdem extrem stark reduzierte Sozialkontakte unter Menschen mit Fluchthintergrund (76 % hatten keinen Kontakt zu Enkelkindern, 46 % keinen Kontakt zu Eltern), was zum einen auf Missverständnisse aufgrund der Sprachprobleme, zum anderen aber auf große Angst und Retraumatisierung zurückgeführt wird. Auch bei dieser Befragung zeigte sich, dass sich die psychische Gesundheit verschlechtert hat und auch externe Unterstützungssysteme wegfielen. Auch die Arbeit von Kohlenberger et al. (2021) zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund während der Pandemie verstärkt mit sozioökonomischen Herausforderungen zu kämpfen hatten. So wurden z. B. beengte Wohnsituationen, familiäre Spannungen, fehlende Schutzmöglichkeiten in der Arbeit sowie zusätzliche Hürden bei der Arbeitssuche und bei Integrationsmaßnahmen angesprochen. Eine Evaluation von Online-Gesundheitskreisen für Menschen mit Fluchterfahrung (querraum 2020) bestätigt, dass diese den strikten Lockdown als besonders herausfordernd erlebten. Dafür werden neben den Verständigungsschwierigkeiten auch die erhöhte Polizeipräsenz, die Angst vor Strafen und die Angst vor einer Infektion genannt. Aus diesen Arbeiten lässt sich jedoch kein Vergleich mit der österreichischen Gesamtbevölkerung ableiten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Daten aus anderen Ländern eine höhere Betroffenheit von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von Angehörigen ethnischer Minderheiten durch die Pandemie zeigen. Das bedeutet konkret: höhere Infektionsraten, aber auch überproportionale Anteile an den schweren COVID-19-Krankheitsverläufen und -Todesfällen. Dies wird auf die sozioökonomische Benachteiligung dieser Gruppen zurückgeführt. Für Österreich liegen solche Daten nicht vor. Die in der Literatur beschriebenen zugrunde liegenden Zusammenhänge und die vorhandenen Daten zur sozioökonomischen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich lassen eine höhere Betroffenheit von der Pandemie auch hier vermuten. Um dies genauer analysieren zu können, wäre es jedoch notwendig, die Daten zu den Infektionen, Krankheitsverläufen und Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19 auch nach sozioökonomischen Aspekten und Migrationshintergrund (zumindest Geburtsland) auszuwerten zu können.

4.5 Spezifische vulnerable Gruppen

Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 wurden zum Schutz aller Menschen an die gesamte Bevölkerung gerichtet. Bestimmte Gruppen waren von der Pandemie bzw. den Schutzmaßnahmen stärker betroffen, die wir hier auch als „spezifische vulnerable Gruppen“ bezeichnen. Diese Gruppen sind aufgrund unterschiedlicher Aspekte besonders vulnerabel. In der internationalen Literatur (Studien und v. a. Leitfäden, Leitlinien, Empfehlungen, Strategien und ähnliches) wurden einige spezifische vulnerable Gruppen identifiziert.

Für die Erstellung eines Leitfadens bzw. Empfehlungspapiers zur Unterstützung von vulnerablen Gruppen in Europa wurde von der ECDC eine Literatursuche durchgeführt sowie ein Online-Fragebogen von Expertinnen und Experten ausgefüllt. Im Zeitraum Mai/Juni 2020 beteiligten sich 81 Expertinnen und Experten sowie Personen, die mit bestimmten vulnerablen Gruppen arbeiten, an der Fragebogenerhebung. Durch die Literaturanalyse wurden folgende besonders vulnerable Gruppen identifiziert (ECDC 2020a):

- » Roma
- » undokumentierte Migrantinnen und Migranten
- » LGTBIQ-Personen
- » Menschen mit relevanten Vorerkrankungen (oftmals Ältere)
- » wohnungslose Menschen
- » Betroffene von häuslicher Gewalt
- » Menschen mit Suchterkrankung
- » Menschen mit Behinderungen
- » Sexarbeiter:innen

Zu einer ähnlichen Aufzählung von besonders vulnerablen Gruppen kommt auch die „Dublin City Community Co-operative“. Ergänzend wurden in Dublin noch diese Gruppen identifiziert (The Co-op 2020):

- » ältere Menschen
- » „Traveller“
- » benachteiligte Frauen
- » Asylwerber:innen, insbesondere solche, die in direkter Betreuung leben
- » Menschen, die in Armut leben
- » Menschen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind
- » Menschen mit schlechter psychischer Gesundheit
- » Alleinerziehende
- » Kinder, die von schulischer oder sonstiger Benachteiligung bedroht sind
- » Betreuungs- und Pflegepersonen

Die Befragung der ECDC unter europäischen Expertinnen und Experten zeigt, dass fast alle Befragten Herausforderungen in der Versorgung von spezifischen Zielgruppen aufgrund der Pandemie sehen, z. B. Unterbrechung von bestimmten Leistungen, Unsicherheiten in der Zielgruppe oder zu ungenaue Informationen zu COVID-19 und potenziellen Auflagen für die Leistungserbringung. Einige gaben aber an, dass mit Flexibilität und vermehrten Onlineangeboten viele Organisationen,

die mit spezifischen vulnerablen Gruppen arbeiten, gut reagieren konnten. Im Bericht wurden einige Beispiele guter Praxis und Vorschläge für die konkrete Umsetzung von unterstützenden Maßnahmen für die unterschiedlichen Gruppen gesammelt, wie z. B. Kontinuität der Leistungserbringung für vulnerable Gruppen, unterstützendes Informationsmaterial über COVID-19, vermehrt Onlineangebote, klare Kommunikation, Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements oder Kooperation zwischen Verwaltungsebenen. (ECDC 2020a)

Eine Studie aus Frankreich beschäftigte sich konkret mit der Hypothese, dass die Seroprävalenz von SARS-CoV-2-Antikörpern bei **Bevölkerungsgruppen, die in unsicheren Verhältnissen leben**, höher ist. Hierfür wurden Blutproben von 818 Personen untersucht, die in Arbeiterwohnheimen oder Notunterkünften lebten oder zu Lebensmittelverteilungsstellen in der Region Ile de France (Großraum Paris) gekommen sind. Rund 90 Prozent der Personen, die in dieser Studie erfasst wurden, besitzen einen Migrationshintergrund. Insgesamt wurden 426 von 818 Personen durch einen serologischen Test positiv getestet (d. h. Antikörper waren vorhanden). Die Seroprävalenz variierte zwischen Typen von Einrichtungen, in denen die Menschen wohnten, aber auch innerhalb desselben Typs: 23 bis 62 Prozent in Notunterkünften, 18 bis 35 Prozent in Lebensmittelverteilungsstellen und 82 bis 94 Prozent in Arbeiterwohnheimen. Es wurde auch festgestellt, dass die betroffenen Personen häufig keine Symptome hatten und somit gar nicht wussten, dass sie sich mit COVID-19 infiziert hatten. Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die beengten Wohnverhältnisse einen wesentlichen Risikofaktor für die Infektion mit COVID-19 darstellen (Roederer et al. 2021).

Die Literatursuche brachte einige Leitlinien und Empfehlungspapiere sowie eine Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 für die Zielgruppe **Menschen mit Behinderungen** hervor. Wie auch Scopetta in Fuchs et al. (2020) weisen die Einführungstexte der Strategie, der Leitlinien bzw. Empfehlungspapiere darauf hin, dass sich bestehende Problemlagen für Menschen mit Behinderungen während der Pandemie verstärkt haben und neue geschaffen wurden.

In der Einleitung zur Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird darauf hingewiesen, dass die Menschen mit Behinderungen, die in Betreuungseinrichtungen leben, beispielsweise einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind und gleichzeitig stärker unter den coronabedingten Isolationsmaßnahmen leiden. Die Personen mit Behinderungen, die in einer Gemeinschaft oder zu Hause leben, sind unterdessen stärker von den Einschränkungen bei der Bereitstellung von personenbezogenen Dienstleistungen betroffen. Diese Einschränkungen können eine unabhängige Lebensführung außerhalb einer Einrichtung erschweren. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass sich durch die Pandemie immer mehr Angebote im digitalen Raum etabliert haben, die zu einem großen Teil aufgrund der mangelnden Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung schwer bis gar nicht zu nutzen sind. (EU 2021)

Die Leitlinie bzw. das Empfehlungspapier des United Nations Human Rights Office (UN 2020a) bezieht sich konkret auf die COVID-19-Pandemie und auf die Umsetzung bzw. Adaptierung von Maßnahmen für Menschen mit Behinderung. Die Europäische Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 (EU 2021) stellt ebenso einen Bezug zur Pandemie her, thematisiert aber alle Lebensbereiche unabhängig von COVID-19, z. B. auch Barrierefreiheit im öffentlichen Raum allgemein.

Ein ähnliches Empfehlungspapier wurde vom United Nations Human Rights Office (UN 2020a) auch für **ethnische Minderheiten** erstellt. Darin wird beispielsweise auf eine norwegische Studie verwiesen, die Infektionsraten von Angehörigen ethnischer Minderheiten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung untersuchte. Diese Studie kam zu dem Schluss, dass einige ethnische Minderheiten Infektionsraten aufwiesen, die mehr als zehnmal so hoch waren wie der nationale Durchschnitt. Aus dieser Erkenntnis wurden konkrete Maßnahmen für bestimmte ethnische Gruppen gesetzt, z. B. wurde ein Erklärvideo zu COVID-19 für die Somali-Community erstellt. In einigen Ländern wurden bereits vielversprechende Praktiken etabliert, um Angehörige ethnischer Minderheiten mit Informationen zu erreichen. Das Empfehlungspapier stellt einige dieser Praktiken vor. (UN 2020a)

Eine weitere spezifische vulnerable Gruppe sind **wohnungslose Menschen**. Insbesondere die Anforderung, die sozialen Kontakte zu reduzieren und zu Hause zu bleiben, war für diese Gruppe eine Herausforderung. Owen (2020) führt in einer Präsentation zusammen, wie unterschiedliche Länder auf diese Herausforderungen reagierten. So wird beispielsweise dargestellt, dass einige Länder Unterkünfte für Wohnungslose zur Verfügung stellten, z. B. in leerstehenden Hotels, Studentenwohnheimen oder auch öffentlichen Gebäuden. Die Städte London und Dublin erstellten beispielsweise eigene Public-Health-Strategien in Bezug auf die Pandemie für Wohnungslose. Owen (2020) identifiziert fünf Elemente, die sich für die Sicherheit von Wohnungslosen als wesentlich herausgestellt haben:

- » politischer Wille und Ressourcen
- » Zugang zu sicheren und menschenwürdigen Unterkünften
- » Zugang zu sozialer Unterstützung
- » Zugang zur Gesundheitsversorgung
- » Maßnahmen zur Vermeidung von Obdachlosigkeit

Owen (2020) weist auch darauf hin, dass diese Ansatzpunkte für die Bekämpfung von Wohnungslosigkeit bereits vor der Pandemie bekannt waren. Neu hinzugekommen ist aber die Dinglichkeit, diese Punkte umzusetzen, um Infektionen mit COVID-19 zu vermeiden. Wohnraum ist demnach eine soziale Determinante von Gesundheit, die durch das bisherige Angebot von Notquartieren für die Zielgruppe unzureichend berücksichtigt wurde.

Eine britische Studie (Lewer et al. 2020) berechnete im Sommer 2020 mit einem Modell, wie viele Infektionen, Todesfälle, Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte auf Intensivstationen mit der Umsetzung von gezielten Präventionsmaßnahmen für wohnungslose Menschen hätten vermieden werden können. Bei den Präventionsmaßnahmen handelte es sich um die Öffnung von Wohnraum für Wohnungslose, Bewegungseinschränkungen für Wohnungslose, um Kontakt mit der restlichen Bevölkerung zu reduzieren und Maßnahmen zur Infektionskontrolle in Wohnheimen und Einrichtungen für Wohnungslose (z. B. in Gemeinschaftsbereichen, Förderung der Handhygiene). Dabei wurde der Zeitraum der ersten Pandemiewelle in Großbritannien (Februar bis Mai 2020) mit einem Zukunftsszenario (Juni 2020 bis Jänner 2021) verglichen. Zum Zeitpunkt der Studie waren keine systematisch erfassten Daten zu COVID-19-Infektionen und -Todesfällen von Wohnungslosen in England vorhanden. Daher wurde auf Daten einer Beobachtungsstudie zurückgegriffen und auf die ungefähre Zahl der von Obdachlosigkeit betroffenen Menschen in England hochgerechnet. Es wurde daher angenommen, dass bis Mai 2020 vier Prozent der obdachlosen Bevölkerung an COVID-19 erkrankten und 24 Todesfälle auftraten. Unter dieser Annahme wurde berechnet, dass

bei dieser ersten Welle von COVID-19-Infektionen in England ca. 21.092 Infektionen vermieden hätten werden konnten, ebenso wie ca. 266 Todesfälle, ca. 1.164 Krankenhauseinweisungen und ca. 338 Aufnahmen in einer Intensivstation. Wenn die Präventionsmaßnahmen fortgesetzt werden würden, käme eine geringe Anzahl zusätzlicher Fälle zwischen Juni 2020 und Januar 2021 hinzu. Wenn jedoch die Präventivmaßnahmen aufgehoben werden würden, könnten Ausbrüche unter Wohnungslosen auch bei geringer Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung zu einer größeren Zahl von Infektionen und Todesfällen führen.

Eine weitere Leitlinie bzw. ein Empfehlungspapier wurde für Haftenrichtungen bzw. für **Menschen, die sich im Freiheitsentzug** befinden, erstellt. Diese Personengruppe ist stärker gefährdet, sich mit COVID-19 zu infizieren, da oft viele Personen auf engem Raum zusammenkommen und manchmal auch ein eher eingeschränkter Zugang zu Hygiene und Gesundheitsversorgung besteht und sich das Virus rasch ausbreiten kann. Die Aufrechterhaltung der Gesundheit von Menschen in Haft liegt sowohl im Interesse der Personen, denen die Freiheit entzogen wurde, als auch im Interesse des Personals der Einrichtung. Der Staat ist nach den internationalen Menschenrechtsnormen verpflichtet, die Gesundheitsversorgung von Menschen in Haftanstalten sicherzustellen. Wenn die Ansteckungsrisiken in Haftanstalten nicht minimiert werden, besteht Übertragungsgefahr auf die restliche Bevölkerung durch das Personal und andere Menschen, die punktuell in die Haftanstalten kommen. (IASC 2020)

Zwei weitere relevante Richtlinien für unterschiedliche Zielgruppen thematisieren die Risikokommunikation an marginalisierte Gruppen unter deren Einbindung (WHO 2020b) sowie die Kommunikation zur psychischen Gesundheit (WHO 2020e) während der Pandemie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es bereits einige Leitlinien, Strategien, Empfehlungspapiere und dergleichen für den Umgang mit spezifischen vulnerablen Gruppen gibt. Diese Empfehlungen bauen meist auf den unterschiedlichen Erfahrungen der Länder auf und zeigen gute Praktiken und Maßnahmen für spezifische vulnerable Gruppen. Auch wenn es einige Erfahrungsberichte aus der Praxis der Organisationen gibt, die mit den konkreten Gruppen arbeiten, scheint es aber wenig systematische Studien und Erhebungen zu geben. Für Österreich wurden keine konkreten Primärerhebungen bzw. Studien gefunden.

4.6 Bildung

Mit globaler Perspektive (Fabiani et al. 2021) wird darauf verwiesen, dass Schulschließungen Mädchen und Schüler:innen aus Haushalten mit geringen Einkommen besonders hart getroffen haben und dies Ungleichheiten weiter verstärken kann.

Bock-Schappelwein/Famira-Mühlberger (2020) untersuchten die ökonomischen Auswirkungen von Schulschließungen. Demnach sind bereits nach einem halben Jahr Schulschließung langfristig hohe individuelle und gesellschaftliche Kosten zu erwarten. Je jünger die Kinder sind, desto gravierender sind die Folgen, weil Lernfähigkeiten vorwiegend im frühkindlichen Alter geprägt werden und Kinder in diesem Alter umfassende Lernunterstützung benötigen. Insbesondere in

Kindergarten und Volksschule werden Lese-, Schreib- und Rechenkompetenzen ausgebildet, Heimunterricht hat diesbezüglich deutlich geringere Erfolge. Qualitativ hochwertige frühkindliche Bildung fördert die soziale und kognitive Entwicklung, die nachfolgende Bildungsintegration und die spätere Arbeitsmarktintegration. Sind die Basiskompetenzen unzureichend, haben diese Kinder später ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden, aus dem Arbeitsprozess auszuschneiden, geringere Einkommen zu erzielen (-3 %) und (Re-)Qualifizierungskosten zu verursachen. Empirische Ergebnisse dazu liegen aus Belgien, Kanada und Argentinien vor.

Sozioökonomisch benachteiligte Eltern können ihre Kinder nicht ausreichend unterstützen und die nachteiligen Effekte von Schulschließungen kompensieren. Deshalb ist die Bildung von sozial benachteiligten Kindern durch Schulschließungen besonders gefährdet. Im weiteren Leben kann sich dies negativ auf das Einkommen auswirken oder auch indirekt beispielsweise über steigende Gesundheitskosten (wegen fehlender Bewegung, psychischer Belastungen etc.). Umso mehr sind sozioökonomisch benachteiligte Kinder von Schulschließungen betroffen, als sie in den Zeiten der Lockdowns drei- bis viermal häufiger nicht oder sehr schlecht für das Lehrpersonal erreichbar waren (12 % aller Kinder in der Primar- und Sekundarstufe I sowie 10 % aller Kinder in der Sekundarstufe II, aber je nach Schulstufe zwischen 32 % und 40 % der benachteiligten Kinder). 38 Prozent der Lehrkräfte befürchten generell eine Verschlechterung des Kompetenzniveaus durch Homeschooling, bei sozioökonomisch benachteiligten Schülerinnen und Schülern sind es sogar 76 Prozent. Bei benachteiligten Kindern sehen 86 Prozent der Lehrkräfte eine Überforderung der Eltern, allgemein sind es „nur“ 61 Prozent (Fink und Steiner in Fuchs et al. 2020; Steiner et al. 2020; vgl. auch Volkshilfe 2020).

Ein halbes Jahr Schulschließung führt demnach insbesondere bei Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien zu erheblichen Wohlfahrtsverlusten (Bock-Schappelwein/Famira-Mühlberger 2020).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Schließen von Bildungseinrichtungen bereits nach einem halben Jahr zu spürbaren Kompetenzverlusten führen kann, die sich langfristig in individuellen Wohlfahrtsverlusten niederschlagen und auch gesellschaftlich relevant werden können. Je jünger die Kinder, desto größer ist der Verlust an Bildung und Kompetenzen. Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien waren besonders betroffen, denn ihre Eltern konnten das Ausfallen der Bildungseinrichtungen nicht oder nur unzureichend kompensieren.

4.7 Arbeit und berufliche Situation

Die COVID-19-Pandemie hat am Arbeitsmarkt international und national zu massiven Auswirkungen geführt, die sich für Menschen vor allem je nach deren sozialer Lage sehr unterschiedlich ausgewirkt haben. Von den sehr vielen international und national zu diesem Thema erschienenen Artikeln und Berichten wurde im Folgenden Literatur aufgenommen, die die relevantesten Themen aufgreift.

Internationale Studien

EU-weit gab es laut Eurofound (2021) in den ersten Statistiken zur **Arbeitslosenquote der EU-27** im Zuge der COVID-19-Pandemie einen geringfügigen Anstieg von 6,6 Prozent auf 6,7 Prozent (Vergleichs quartale Q4 2019 und Q2 2020). Späteren Schätzungen zufolge stieg die Arbeitslosenquote auf 7,5 Prozent, das war immer noch nur ein knapper Prozentpunkt mehr als das niedrige Arbeitslosenniveau vor der Krise. Die Hauptgründe für den relativ geringen Anstieg der Arbeitslosenquote liegen laut Eurofound (2021) darin, dass mehr Arbeitnehmer:innen von der Beschäftigung in die **Nichterwerbstätigkeit** wechselten als von der Beschäftigung in die Arbeitslosigkeit. Sie haben nach dem Verlust ihres Jobs den Arbeitsmarkt verlassen und waren angesichts sinkender Zahlen offener Stellen nicht weiter auf der Suche nach Arbeit. Darunter waren auch Personen, die den Arbeitsmarkt deshalb verlassen haben, um zum Beispiel die Kinderbetreuung während der Lockdowns zu übernehmen. Diese Personen werden nicht mehr der Erwerbsbevölkerung zugeordnet und scheinen daher nicht mehr in Arbeitslosenstatistiken auf. Ein weiterer Grund ist in den **verschiedenen Formen der Kurzarbeit** zu sehen, die Entlassungen verhinderten. Arbeitnehmer:innen mussten sich nicht arbeitslos melden, da sie damit rechnen konnten, nach einigen Wochen oder Monaten wieder im alten Job weiterarbeiten zu können (Eurofound 2021).

Von Arbeitslosigkeit und dem vollständigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben waren **Menschen unterschiedlich betroffen**. Die Auswirkungen der Krise sind unverhältnismäßig stark bei jüngeren Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmern und **Frauen** zu spüren. **Junge Menschen (15- bis 25-Jährige)** waren am stärksten vom Beschäftigungsrückgang betroffen, da die Einstellung von Arbeitskräften weitgehend zum Erliegen gekommen ist. Sie waren auch unter den gekündigten Gruppen stark vertreten. Arbeitnehmer:innen im Haupterwerbsalter (25 bis 54 Jahre) und ältere männliche Arbeitnehmer waren am ehesten von Kurzarbeit betroffen. **Arbeitnehmer:innen über 55 Jahre** hatten wiederum einen erhöhten Beschäftigungsrückgang. Die stärksten Arbeitszeitkürzungen fanden bei Männern statt, Frauen hingegen kürzten diese in geringerem Ausmaß, sie schieden aus den Arbeitsverhältnissen eher gleich vollständig aus. Jugendliche/junge Erwachsene, Frauen, Menschen mit **geringer formaler Bildung** und **informell Beschäftigte** leiden am stärksten unter den Auswirkungen (Eurofound 2021; IMF 2021) (vgl. auch Kap. 4.3).

Arbeitnehmer:innen mit prekären Beschäftigungsverhältnissen waren besonders stark von Arbeitsplatzverlusten betroffen. Die Zahl der befristeten Arbeitsverträge in der EU-27 ist zwischen Frühjahr 2019 und Frühjahr 2020 um 17 Prozent zurückgegangen, das sind mehr als drei Viertel des Rückgangs der Gesamtbeschäftigung in der EU. Prekär Beschäftigte sind aufgrund ihrer geringeren sozialen und wirtschaftlichen Absicherung besonders stark von den Folgen durch Arbeitslosigkeit und Arbeitsunsicherheit betroffen (Eurofound 2021; IMF 2021). Laut Jepsen (2021) hatten im Fall von Einkommensausfällen rund 27 Prozent der Menschen keine Ersparnisse für die nächsten drei Monate. Über 30 Prozent der Frauen hatten keine Ersparnisse für die nächsten drei Monate und nur fünf Prozent der Frauen mit Kindern konnten auf Ersparnisse in den nächsten zwölf Monaten zurückgreifen (vgl. auch Kap. 4.8).

Während die Finanz- und Wirtschaftskrise 2008–2010 vor allem die von Männern dominierten Branchen der Produktion und des Baugewerbes traf, wirkte sich die COVID-19-Pandemie vor allem auf die eher von Frauen dominierten Branchen Beherbergung und Gastronomie, Handel und

Tourismus aus. Obwohl EU-weit Frauen und Männer insgesamt zu relativ ähnlichen Anteilen erwerbstätig sind (Frauen 48,8 % vs. Männer 51,2 %), arbeiten Frauen überproportional oft im Niedriglohnssektor (Frauen 58,5 % vs. Männer 41,5 %) (Jepsen 2021). In der Krise 2008–2010 waren die größten Verluste in der Mitte der Lohnverteilung zu verzeichnen, während sich die COVID-19-Krise hauptsächlich auf die am schlechtesten bezahlten Arbeitnehmer:innen ausgewirkt hat (Eurofound 2021). Frauen waren überproportional von Arbeitsplatzverlusten betroffen, vor allem im Niedriglohnssektor (Jepsen 2021) (vgl. auch Kapitel 4.3).

Bis Juli 2020 waren fast 50 Prozent der Arbeitnehmer:innen in der EU in ausschließlicher oder teilweiser **Telearbeit**, wodurch sich auf dem Arbeitsmarkt neue Brüche ergaben. Menschen mit höherem formalem Bildungsabschluss und Menschen in urbanen Gebieten waren besser in der Lage, von zu Hause aus zu arbeiten (Eurofound 2021).

International hatte die Schließung von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen oder Erziehungsberechtigte, von denen aufgrund traditioneller Geschlechternormen oft erwartet wird, dass sie zusätzliche Betreuungsaufgaben übernehmen, was ihre Arbeits- und wirtschaftlichen Möglichkeiten weiter einschränkt. Im Fall früherer Gesundheitskrisen (z. B. Ausbruch des Zika-Virus) stieg der Umfang der von Frauen geleisteten unbezahlten Arbeit exponentiell an (UN 2020a) (vgl. auch Kapitel 4.3).

Aus Metaanalysen vor der COVID-19-Pandemie geht hervor, dass sich die psychische Gesundheit mit beginnender Arbeitslosigkeit bei betroffenen Personen verschlechtert. Die sozialen Folgen der COVID-19-Pandemie beinhalten Arbeitsplatzverluste – häufig für bereits prekär beschäftigte Personen. Die Ergebnisse der Metaanalysen zeigten unter anderem, dass der Eintritt in die Arbeitslosigkeit bei sozial benachteiligten Gruppen mit einer schlechteren physischen und psychischen Gesundheit einhergeht als bei sozial besser gestellten Gruppen. Einkommenseinbußen und Arbeitsplatzunsicherheit erhöhen das Risiko eines schlechten selbsteingeschätzten Gesundheitszustands, von Angststörungen und Depressionen (Pfortner et al. 2020).

Teil der Auswirkungen von COVID-19 bei Frontline-Arbeiterinnen und -Arbeitern ist die Verschlechterung der Arbeitsqualität. In den systemrelevanten Berufen (v. a. in Krankenhäusern, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, im Handel) haben sich die Anforderungen und Belastungen für Beschäftigte zugespitzt. Die hohe Arbeitsintensität (arbeiten unter hohem Zeitdruck, mit engen Deadlines und hoher Arbeitsgeschwindigkeit), besonders lange Arbeitszeiten und atypische Arbeitszeiten (z. B. Arbeit zu Randzeiten wie nachts, frühmorgens und/oder am Wochenende, Schicht- und Turnusdienste) haben sich aufgrund der COVID-19-Pandemie verstärkt (Jepsen 2021).

Infektionsgeschehen und Erkrankung

Eine Analyse zur **Sterblichkeitsrate** aufgrund von COVID-19 zeigte in Großbritannien im Jahr 2020, dass berufstätige Männer in den besonders gering qualifizierten Jobs (z. B. Bau, Reinigung) eine mehr als doppelt so hohe COVID-19-Sterblichkeitsrate hatten als der Durchschnitt der im Erwerbsleben integrierten Männer. Eine ebenfalls sehr hohe Sterblichkeitsrate hatten Security-Personal, Taxifahrer:innen und Chauffeurinnen bzw. Chauffeure (Wise 2020). Die Mortalität der 20- bis 65-Jährigen in Großbritannien war bei gering qualifizierten Beschäftigten besonders hoch (Suleman

et al. 2021). Prekär Beschäftigte sind dem Infektionsrisiko besonders ausgesetzt, da dazu auch die systemrelevanten Transport- und Reinigungskräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens und Pflegekräfte zählen, unter denen prekäre Beschäftigungsbedingungen weit verbreitet sind (Pfortner et al. 2020).

Daten und Studien aus Österreich

Arbeits- und Erwerbssituation

In Österreich wurden – wie auch international – die Wirtschaft und der Arbeitsmarkt von der COVID-19-Pandemie massiv beeinträchtigt. Im Jahr 2020 sank das BIP um 7,3 Prozent, fast doppelt so stark wie während der Finanz- und Wirtschaftskrise im Jahr 2009 (WKO 2020). Im vierten Quartal 2020 sank das BIP um 4,5 Prozent im Vergleich zum dritten Quartal und sogar um 7,8 Prozent im Vergleich zum vierten Quartal 2019, was den stärksten Rückgang innerhalb der EU bedeutete (EUROSTAT 2021). Auch die Arbeitslosigkeit erreichte mit fast 590.000 Arbeitslosen Mitte April 2020 ein Rekordniveau (die Arbeitslosenquote lag im Mai 2020 nach nationaler Definition bei 9,9 Prozent und nach Eurostat bei 5,6 Prozent) (Eurofound 2020), verschiedene Verschärfungs- und Lockerungsmaßnahmen spiegelten sich in den Arbeitsmarktzahlen wider. Neben der hohen Zahl an Arbeitslosen befand sich im Jahresverlauf auch ein großer Teil der Beschäftigten in Kurzarbeit, im April mehr als eine Million (das entspricht fast einem Drittel aller aktiv Beschäftigten). Ende Januar 2021 befanden sich rund 470.000 Personen in Kurzarbeit und über 535.000 Personen waren arbeitslos. Im Jahresdurchschnitt 2020 waren laut Statistik Austria (2021b) in Österreich 243.500 Personen (nach der internationaler Definition ILO) arbeitslos. Dies bedeutet einen **coronabedingten Anstieg der Arbeitslosigkeit** um 38.900 Personen bzw. 19,0 Prozent im Vergleich zu 2019. Der Anstieg der Arbeitslosenquote war bei ausländischen Staatsangehörigen (+2,6 % auf 11,6 %) deutlich stärker als bei österreichischen Staatsangehörigen (+0,4 % auf 4,0 %). Ebenso stieg die Arbeitslosenquote überdurchschnittlich stark bei Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (+1,6 % auf 12,7 %), betroffen waren dabei vor allem Frauen (+2,2 % im Vergleich zu 2019) (ILO-Definition).

Die Analysen der Statistik Austria (2021b) zeigen für das Jahr 2020 einen starken **Rückgang der Erwerbstätigen** in Österreich (4.296.900 Personen erwerbstätig, um 58.100 bzw. 1,3 % weniger als 2019). Die stärksten Rückgänge im Vergleich zu 2019 waren dabei in den Branchen Beherbergung und Gastronomie (-15,4 %), Kunst, Unterhaltung und Erholung (-5,5%) sowie Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen (-5,2 %) zu verzeichnen. Wie auch im internationalen Vergleich ging die Erwerbstätigkeit bei jungen Menschen besonders stark zurück. Bei den 20- bis 24-Jährigen lag die Erwerbstätigenquote im Vergleich zu 2019 um 2,5 Prozent niedriger (hier insbesondere bei Männern). Bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft lag die Erwerbstätigenquote bei 74,1 Prozent (0,9 % unter dem Vorjahresniveau), bei den nicht österreichischen Staatsangehörigen lag die Quote nur bei 65,1 Prozent und 1,7 Prozent unter dem Vorjahresniveau.

Im Rahmen des Corona Panels zeigten Erhebungen zur Arbeitsmarktsituation für den Zeitraum Ende März bis Anfang Juli 2020 ein sehr lebendiges Bild der Lage. Im April 2020 waren nur 22 Prozent der Befragten (einschließlich Pensionistinnen und Pensionisten sowie Studierenden)

regelmäßig arbeiten, 16 Prozent arbeiteten von zu Hause aus, 13 Prozent waren in Kurzarbeit und neun Prozent waren arbeitslos. Ergebnisse einer von der AK beauftragten Studie zeigten laut Eurofound (2020), dass vor der COVID-19-Pandemie nur fünf Prozent der Beschäftigten im Homeoffice arbeiteten, im April und Oktober 2020 waren es bereits 40 Prozent.

Telearbeit und Homeoffice

Rund um das Thema Arbeitsbedingungen ist eine der größten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie die gestiegene Nutzung von **Telearbeit**, also der Arbeit im Homeoffice. Vor allem während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 wurde das **Homeoffice** in großem Umfang genutzt, und zwar von etwa 40 Prozent, wie Umfragen gezeigt haben. Von den gering- und mittelqualifizierten Angestellten arbeiteten 61 Prozent an ihrem regulären Arbeitsplatz, 26 Prozent im Homeoffice und sechs Prozent nutzten beide Möglichkeiten. Fach- und Führungskräfte waren die Gruppe mit dem höchsten Prozentsatz, die von zu Hause arbeiteten (38 %), 44 Prozent arbeiteten an ihrem regulären Arbeitsplatz und elf Prozent nutzten beide Möglichkeiten (Eurofound 2020). Auch eine Analyse der Corona-Panel-Studie für einen längeren Zeitraum (März 2020 bis Mai 2021) bestätigt, dass Homeoffice von Gruppen mit höherem sozioökonomischem Status vermehrt genutzt wird – der entsprechende Anteil steigt sowohl mit der Höhe des formalen Bildungsabschlusses als auch mit dem Haushaltseinkommen. Große Unterschiede gibt es auch nach Branchen, wobei in den Branchen mit geringem Anteil von Menschen in Homeoffice (insb. Beherbergung und Gastronomie, Gesundheits-/Sozialwesen, Herstellung von Waren, Handel, Bau) der Anteil von eher gering qualifizierten Personen teilweise erhöht sein dürfte (Kalleitner/Partheymüller 2021).

Von den Befragten mit Homeoffice-Erfahrungen (vgl. auch Kap. 4.3 und Kap. 4.9) sagten zwei Drittel, dass es für sie wichtig sei, nicht zum Homeoffice gezwungen zu werden. Mit dem Homeoffice gehen Entgrenzungen einher, in denen die Trennlinien zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmen. Im Oktober 2020 gaben 56 Prozent der Homeoffice-Beschäftigten an, dass sie im Krankheitsfall eher zu Hause arbeiten, als sich krankschreiben zu lassen. Außerdem geben 60 Prozent an, im Homeoffice zu arbeiten, während sie sich um das kranke Kind kümmern, anstatt Pflegeurlaub zu nehmen (im Falle kranker Kinder). Mehr als die Hälfte (54 %) arbeiten zu Zeiten, zu denen sie sonst nicht arbeiten würden (spätabends, am Wochenende), und 44 Prozent stehen ihrem:ihrer Arbeitgeber:in zu Zeiten zur Verfügung, zu denen sie sonst nicht arbeiten würden. Es gibt im Fall von Homeoffice auch eine klare geschlechtsspezifische Aufteilung – wenn ein gut ausgestatteter Arbeitsplatz in einem Haushalt vorhanden ist, wird er eher von Männern genutzt (Eurofound 2020).

Die Auswirkungen auf die **Work-Life-Balance** durch vermehrte Arbeit im Homeoffice wurden von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ambivalent wahrgenommen. 45 Prozent von befragten Eltern gaben an, dass es stressiger war, ihre Arbeit mit anderen Aufgaben und Anforderungen zu vereinbaren als vor der Krise und dass sie zu Zeiten arbeiteten, zu denen sie vorher nicht gearbeitet hatten, 39 Prozent erlebten Zeitdruck, 30 Prozent permanenten Arbeitsdruck ohne Pausen, 28 Prozent berichteten von Platzproblemen zu Hause und 19 Prozent von unregelmäßigen Arbeitszeiten (Eurofound 2020).

Neue Erwerbsformen

Eine weitere Auswirkung der Pandemie auf das Arbeitsleben war die verstärkte **Inanspruchnahme von Lieferdiensten** in Zeiten von Restaurantschließungen. Lieferando, eine Tochtergesellschaft des größten europäischen Lebensmittel-Lieferdienstes, und seine Konkurrenzunternehmen haben von der Krise profitiert und sind während der wiederholten Lockdowns stark gewachsen. Im April und Mai 2020 haben die Bestellungen bei Lieferando um 40 Prozent zugenommen und die Zahl der Restaurants, die mit dem Lieferdienst zusammenarbeiten, ist sprunghaft angestiegen. Nach Angaben des CEO des Unternehmens hat sich das Lieferpersonal im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt (Eurofound 2020). Diese Form der **plattformbasierten Arbeitsbedingungen** löst die traditionelle Trennung in unselbstständige und selbstständige Beschäftigungsformen auf. Für Arbeitnehmer:innen sind diese hybriden Arbeitsformen durch schwankende und/oder unregelmäßige Einkommen langfristig mit einer unsicheren sozialen Absicherung verbunden. Viele arbeits- und sozialrechtlichen Regulierungen in Österreich sind an Bedingungen der unselbstständigen Beschäftigung geknüpft. So gilt das Arbeitszeitgesetz nicht für Selbstständige, auch in der Arbeitslosenversicherung sind Selbstständige nicht pflichtversichert, kollektivvertragliche (Mindest-)Einkommen greifen ausschließlich für die unselbstständige Beschäftigung (Mayrhuber/Bock-Schappelwein 2018). Während der COVID-19-Pandemie hat sich der Bereich plattformbasierter Beschäftigung ausgedehnt.

Ansteckungsrisiko und gesundheitliche Risiken

Im Juni 2020 wurde von der Universität Wien in Kooperation mit dem Wittgenstein Centre und dem IHS (Steiber/Muttarak 2020) eine repräsentative Studie durchgeführt, in der die Einschätzung des Ansteckungsrisikos nach wirtschaftlichen Sektoren untersucht wurde. Zu den **Hochrisikobranchen** aus Sicht der Beschäftigten gehörten demnach die Bereiche Bildung, Handel und Gesundheit/Pflege. Bereiche mit niedrigem Ansteckungsrisiko waren Produktion, Informations- und Kommunikationstechnologie und Bauwesen. Der Bildungsbereich war dabei mit 13 Prozent „sehr hohem“ Ansteckungsrisiko und 33 Prozent „hohem“ Ansteckungsrisiko an erster Stelle gereiht, gefolgt vom Gesundheits-/Pflegebereich mit zehn Prozent „sehr hohem“ und 29 Prozent „hohem“ Ansteckungsrisiko. Für den Handel ergaben die Ergebnisse neun Prozent „sehr hohes“ und 26 Prozent „hohes“ Ansteckungsrisiko. Mit 13 Prozent Ansteckungsrisiko lag das Bauwesen an letzter Stelle.

Laut einer Studie der AK Wien zu Arbeitsbedingungen in systemrelevanten Berufen zeigen sich die mitunter stärksten Auswirkungen der COVID-19-Krise innerhalb dieses Bereichs. Beschäftigte müssen ihre Arbeit weiterhin unter **erhöhten Gesundheitsrisiken** verrichten, sind starken körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sowie teils überlangen Arbeitszeiten. Einkommensschwache Gesellschaftsgruppen sind einem höheren Ansteckungsrisiko ausgesetzt, da sie berufsbedingt mobiler sein müssen. Gleichzeitig werden die Anforderungen und Belastungen mit Einstiegsgehältern von 1.500 Euro brutto für Kassierer:innen oder 1.850 Euro für Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten nicht adäquat abgegolten (AK Wien 2020) (vgl. auch Kap. 4.8).

Zusammenfassend zeigt die breite Studienlage zur Arbeits- und Erwerbssituation während der COVID-19-Pandemie, dass robuste und repräsentative Daten vor allem rund um ein reguläres

Arbeitsmarktsystem vorhanden sind (z. B. Erwerbstätigen- und Arbeitslosenzahlen). Repräsentative Daten für Österreich fehlen vor allem in den Bereichen Sterblichkeitsraten aufgrund von COVID-19 nach Branchen und Berufen. Dort, wo sich aufgrund von COVID-19 Brüche am Arbeitsmarkt ergeben bzw. verstärkt haben, liegen ebenfalls mangelnde Daten vor, um differenzierte Aussagen über die Bevölkerung nach sozioökonomischem Status treffen zu können. Das sind vor allem Bereiche, in denen es um Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung, unfreiwilliges Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsmarkt, Menschen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen, NEETs (d.h. Jugendliche, die weder in Ausbildung noch in Beschäftigung sind), Telearbeit und Veränderungen in der Work-Life-Balance geht.

4.8 Armut und Einkommen

Weltweit sind laut Schätzungen rund 95 Millionen Menschen durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich von extremer Armut betroffen. (IMF 2021) Ob und wie stark Menschen von COVID-19 und den politisch gesetzten Maßnahmen (z. B. Ausgangsbeschränkungen, Lockdowns) betroffen sind oder nicht, ist lt. einer internationalen Expertenbefragung von Malgesini (2020)⁸ vor allem von der sozioökonomischen Situation der Betroffenen abhängig. Demnach sind lt. Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten **atypisch Beschäftigte** und **Selbstständige, von Armut gefährdete Kinder, Familien mit geringem Einkommen, Roma** (vgl. Kap. 4.5), **Migrantinnen und Migranten und Asylwerber:innen** (vgl. Kap. 4.4) vorrangig von der Pandemie und auch von den politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betroffen.

Armutsbetroffene Menschen, deren Einkommen bereits vor der COVID-19-Pandemie unter der EU-Armutsgrenze lag, sind **auf mehreren Ebenen** besonders stark von der Pandemie und auch von den politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betroffen. Einerseits führten der Jobverlust, Arbeitslosigkeit, Zwangsurlaub, Kurzarbeit und fehlender Zugang zu angemessener finanzieller Unterstützung zur Verschlimmerung ihrer finanziellen Probleme und lösten massiven Stress, Zukunftsängste und psychische Probleme wie Depressionen aus. Gleichzeitig stiegen ihre finanziellen Ausgaben, z. B. durch erhöhte Preise für Lebensmittel und andere grundlegende Güter, erhöhten Energieverbrauch durch vermehrten Aufenthalt im eigenen Haushalt, zusätzlich anfallende Kosten für Computerausstattung, Internet und Telefon, aber auch für Ausgaben zur Erhaltung ihrer Gesundheit. Erschwerend kam hinzu, dass viele soziale Einrichtungen (z. B. kostenlose Lebensmittelausgabe) ebenfalls während des Lockdowns geschlossen wurden/werden mussten. Durch die Schulschließungen bzw. Schließungen der Kindertagesstätten erhielten armutsbetroffene Kinder, die normalerweise in der Schule ein Mittagessen bekommen haben, keine ausreichende Versorgung (vgl. auch Kap. 4.1). Viele Behörden und Ämter waren zum Teil nur noch

8

Malgesini (2020) untersuchte die Auswirkungen der COVID-19-Krise auf die von Armut gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Es wurden eine internationale Expertenbefragung von Mitgliedern des European Anti-Poverty Network (EAPN) und von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener europäischer Institutionen sowie europaweite Betroffeneninterviews durchgeführt.

telefonisch oder online erreichbar. Die Bearbeitung der Anträge für Hilfeleistungen dauert aufgrund der Zunahme der Anträge wesentlich länger. Weiters kamen armutsbetroffene Haushalte, die bisher durch nicht angemeldete Arbeit oder geringfügige Zuverdienste ihre Einkünfte aufbesserten, nicht für die staatlichen Krisenschutzmaßnahmen in Frage. Die COVID-19-Krise hat demnach zur weiteren Erhöhung der Überschuldung der armutsbetroffenen Menschen geführt (Malgesini 2020).

In der **Europäische Union** ist fast die Hälfte der **Einelternfamilien** von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht. Die derzeitige COVID-19-Krise trifft dabei alleinerziehende **Frauen** und ihre Kinder sehr hart. Vor dem Hintergrund der Pandemie sind Frauen als Alleinverdienerinnen der Familie am stärksten mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie belastet. Es besteht daher die Gefahr, dass diese Gruppe in extreme Armut und soziale Ausgrenzung gerät, wenn die sozialen Unterstützungsleistungen nicht gewährleistet sind. Weiters waren Frauen bereits vor der COVID-19-Krise vom geschlechtsspezifischen Lohngefälle am Arbeitsplatz betroffen. Unterschiede bei den Löhnen, Einkommen und Arbeitsbedingungen zwischen Frauen und Männern haben sich durch die COVID-19-Krise weiter vergrößert (vgl. auch Kap. 4.3). Ebenfalls als armutsgefährdet werden **atypisch Beschäftigte** (z. B. in befristeten Arbeitsverhältnissen), **Selbstständige** (einschließlich Künstler:innen) und **Personen, die nicht gewerkschaftlich organisiert** sind und immer Gefahr laufen, ihren Arbeitsplatz und ihr Einkommen zu verlieren, eingestuft. Auch Menschen mit Migrationshintergrund sind besonders betroffen (vgl. Kap. 4.4). (Malgesini 2020)

Kohlrausch/Zucco (2020) untersuchen, wer **besonders häufig** und wer **besonders große Einkommensverluste** in **Deutschland** während der COVID-19-Krise zu verzeichnen hat. Die Berechnungen des Berichts basieren auf einer repräsentativen Haushaltsbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (SOEP) und der HBS-Erwerbspersonenbefragung, die während der Krise durchgeführt wurde (7.677 Personen ab 16 Jahren zwischen 3. und 14. April 2020). Der Bericht zeigt deutlich, dass die COVID-19-Krise nicht alle Menschen gleichermaßen getroffen hat. Personen mit ohnehin niedrigem Einkommen wurden nicht nur besonders häufig, sondern auch viel härter von der Krise getroffen als Beschäftigte mit hohem Einkommen: Rund jede(r) dritte Befragte mit einem mittleren Einkommen zwischen 1.500 Euro und 4.500 Euro musste Einbußen hinnehmen. Im Vergleich dazu hatten 41 Prozent der Befragten mit niedrigem Einkommen zwischen 900 Euro und 1.500 Euro bzw. 49 Prozent der Befragten mit einem Einkommen bis 900 Euro deutlich häufiger Einbußen. Dem steht nur eine(r) von vier Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von über 4.500 Euro gegenüber, die bzw. der durch die Krise einen Einkommenseinbruch erlitt. Eltern und Personen mit Migrationshintergrund berichten bei gleichem Einkommen, Bildungsstand oder Beschäftigungsverhältnis häufiger von Einbußen als Befragte ohne Kinder oder ohne Migrationshintergrund. Die Autorinnen schlussfolgern, dass der Zusammenhang bei der Gruppe der Eltern wahrscheinlich auf die Schließung der Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen und den damit entstandenen Engpass bei der Betreuung zurückzuführen ist. Bei Personen mit Migrationshintergrund führen sie Diskriminierungsprozesse als mögliche Ursache an. (Kohlrausch/Zucco 2020)

Bei Betrachtung des Haushaltseinkommens in **Deutschland** gaben von 1.851 Befragten 61 Prozent Einbußen des Haushaltseinkommens bis zu 25 Prozent an, 31 Prozent zwischen 25 und 50 Prozent, sieben Prozent zwischen 50 und 99 Prozent und ein Prozent gab an, dass das komplette

Haushaltseinkommen verloren wurde. Dabei zeigt sich ebenfalls, dass Befragte mit niedrigeren Haushaltseinkommen häufiger bedeutende Einbußen ihres geringen Einkommens erlitten haben. Weiters sind in den Auswertungen Selbstständige und freiberuflich Tätige aufgefallen, die hohe Einbußen zu verzeichnen hatten. Vor allem Befragte im Gastgewerbe waren besonders häufig und besonders ausgeprägt von Einkommensverlusten betroffen. Generell betrachtet sind atypisch oder prekär Beschäftigte (nicht sozialversicherungspflichtig, befristet, bei Leih-/Zeitarbeitsfirma, Werkvertrag) durchgehend ausgeprägter von Einbußen betroffen als Befragte in Betrieben mit einem Betriebsrat. Die Autorinnen schlussfolgern, dass aufgrund der Entwicklungen die Einkommensungleichheit durch die COVID-19-Krise weiter zunehmen wird. (Kohlrausch/Zucco 2020)

Zu diesem Schluss kommen auch die Autorinnen und Autoren des DGB Verteilungsberichts 2021 „Ungleichheit in Zeiten von Corona“ (DGB 2021). Während in **Deutschland** Personen mit unteren Einkommen in der COVID-19-Krise erhebliche finanzielle Einbußen hinnehmen mussten, blieben Besserverdienende weitestgehend unbeschadet.

Colombo et al. (2021) untersuchten die Zusammenhänge zwischen **Einkommensindikatoren** auf Gebietsebene und der **Gesamtsterblichkeit** während der ersten Phase der COVID-19-Pandemie in der Lombardei (**Italien**). In den ärmsten Gemeinden der Lombardei war während dieser Phase ein signifikant höherer Anstieg der Gesamtsterblichkeit zu verzeichnen als bei reicheren Gemeinden. Demnach haben sich die sozioökonomischen Ungleichheiten bei der Sterblichkeit signifikant vergrößert.

Eine Übersichtsarbeit des King's Fund (2020) untersucht die Rolle und Auswirkungen von schlechten Wohnverhältnissen auf die Gesundheit, insbesondere im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie in **Großbritannien**. Rezente Studien belegen, dass qualitativ schlechte Wohnverhältnisse einen tiefgreifenden Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohner:innen haben. Ältere Menschen, Menschen mit bestehenden Gesundheitsproblemen, Menschen mit geringerem Einkommen und Angehörige ethnischer Minderheiten zählen zu jenen Bevölkerungsgruppen, die häufiger in schlechten Wohnverhältnissen leben und gleichzeitig zu den vulnerablen Risikogruppen der COVID-19-Pandemie und anderer Erkrankungen zählen. So zeigten sich in Großbritannien beispielsweise höhere COVID-19-Infektionszahlen durch eine Überbelegung des Wohnraums, ein erhöhtes Risiko für Todesfälle und Verletzungen älterer Menschen durch Stürze, da zu wenig finanzielle Mittel für Reparaturen und Instandhaltung des Wohnraums zur Verfügung stehen, ein erhöhtes Risiko, an COVID-19 zu erkranken, da kalte, feuchte und verschimmelte Wohnverhältnisse Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Beschwerden verschlimmern können, sowie eine erhöhte Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch das Fehlen von Grünflächen.

Im Bericht der Armutskonferenz (Dawid 2021a) werden die Auswirkungen **der COVID-19-Krise auf Armutsbetroffene in Österreich** in den Bereichen Wohnen, Gesundheit, Ernährung, Familie, Schule und Bildung, Psychosoziales, Teilhabe und Freundschaften, verfügbare finanzielle Mittel sowie Unterstützungsangebote anhand von Fokusgruppen-Diskussionen untersucht.

Neben Personen, die schon vor der Pandemie von Armut betroffen oder bedroht waren, zeigt die Studie **neue bedrohte bzw. betroffene Gruppen** auf, wie zum Beispiel jene Menschen, die ihren

Job, ihre Aufträge als Ein-Personen-Unternehmer:in oder Engagements als Kunstschaffende verloren haben.

Ob Armutsbetroffene während eines Lockdowns oder in den Monaten danach genügend Geld für ihren Lebensunterhalt zur Verfügung hatten oder nicht, hängt vor allem von den Einkommens- und Arbeitsbedingungen davor ab. Menschen, die vor Ausbruch der Pandemie bereits in **prekären oder irregulären Arbeitsverhältnissen** gearbeitet haben, konnten mit ihrem geringen oder fehlenden Einkommen ab März 2020 nicht mehr für ihren Lebensunterhalt sorgen. Ebenso vergrößerte sich die Armutsbedrohung und -betroffenheit bei Empfängerinnen und Empfängern von Sozialleistungen (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder (Mindest-)Pension), da das **geringfügige Zusatzeinkommen** während oder nach einem Lockdown oftmals wegfiel und es dafür keine staatliche Entschädigung gab.

Durch das enge Haushaltbudget bemerkten Armutsbetroffene in Österreich sehr früh die geringfügigen, aber stetigen **Preissteigerungen bei Lebensmitteln**, vor allem bei Obst und Gemüse, sowie die deutlichen Preissteigerungen in der Gastronomie und im Versandhandel. Auch die mangelnde **Computer- und Internetausstattung** im Haushalt armutsbetroffener Menschen ist eine große Belastung. So konnten viele armutsbetroffene Kinder während der Schulschließungen nicht dem Online-Unterricht folgen und könnten hinter die materiell besser gestellten Schulkolleginnen und Schulkollegen zurückfallen. Armutsbetroffene Erwachsene hatten Probleme, verschiedenste Amtswegen zu erledigen, Bewerbungsunterlagen zu erstellen bzw. zu übermitteln, ihre Ausbildung zu absolvieren oder soziale Kontakte zu pflegen. Die **finanziellen Unsicherheiten und Zukunftssorgen** sind für Armutsbedrohte bzw. -betroffene eine große Belastung. Oftmals wurden Hilfeleistungen aus dem privaten Umfeld in Anspruch genommen, da diese unkompliziert, rasch und stetig zur Verfügung standen. Auch Unterstützungen durch soziale Einrichtungen wurden in Anspruch genommen. Staatliche Corona-Hilfen brachten bei den Befragten Erleichterung, teilweise wurden die Vergaberichtlinien aber auch als unklar oder irreführend bewertet bzw. wurden die Hilfen zu spät ausbezahlt, um die finanziell sehr prekäre Situation zeitgerecht abzufedern.

Aufgrund der unklaren Kommunikation zu Ausgangsbeschränkungen während des Lockdowns trauten sich manche Menschen nicht ins Freie, da sie die hohen, für sie unbezahlbaren Strafen fürchteten. Das **Wohlbefinden** und der **Bewegungsradius** wurden massiv eingeschränkt, die Menschen haben mit **Vereinsamung** und damit einhergehend neu auftretenden bzw. wieder akut werdenden **psychischen Problemen** (Ängste, Aggressionen, Depressionen) zu kämpfen. Zusätzlich gehören armutsbetroffene Menschen aufgrund ihres tendenziell **schlechteren Gesundheitszustands** überdurchschnittlich oft einer Risikogruppe für eine COVID-19-Erkrankung an. Der Bericht der Armutskonferenz (Dawid 2021a) fasst zusammen, dass Armutsbetroffene in Österreich nicht voll an der Gesellschaft teilhaben können. Im Jahr 2021 wurde ein Update der Studie durchgeführt, deren Ergebnisse aber erst nach Abschluss der Literaturanalysen vorlagen (Dawid 2021b) .

Auch Heitzmann in Fuchs et al. (2020) kommt zu dem Schluss, dass die Konsequenzen der Pandemie jene Personengruppen in **Österreich** besonders treffen, die bereits davor schon von Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung betroffen waren (z. B. Anstieg Arbeitslosigkeit bei „Ausländerinnen und Ausländern“, Belastung von Einzelternfamilien, Mehrkindfamilien und bildungsfernen Familien durch Homeschooling). Aber auch eine neue Gruppe, jene der (Solo-)Selbstständigen, könnte

hinzukommen (Heitzmann in Fuchs et al. 2020). Dies wird auch in der österreichischen Bevölkerung wahrgenommen. Laut Kieslich et al. (2020) steigt im Verlauf der Pandemie die Sorge, dass die Bürden der Pandemie überdurchschnittlich von schon sozioökonomisch benachteiligten Gruppen getragen werden. Es wird ein Anstieg von Armut befürchtet.

Oberndorfer et al. (2021) untersuchten die **Belastung durch die Pandemie nach der sozioökonomischen Position** von Individuen anhand einer stratifizierten Zufallsstichprobe von 1.004 in Wien lebenden über 16-jährigen Personen. Die Erhebung wurde zu Beginn der Pandemie (Ende April bis Mitte Mai 2020) mit Telefoninterviews durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine niedrige sozioökonomische Position (bezogen auf Bildung, Haushaltseinkommen und „Überfüllung des Haushalts“) mit einer höheren Belastung einhergeht – dies sowohl in Hinblick auf die gesundheitliche Last (Verschlechterung der körperlichen und der psychischen Gesundheit, Stress-Symptome) als auch auf die sozioökonomische Last (verschlechterte finanzielle Situation, Verlust des Arbeitsplatzes). Besonders deutlich war der Effekt in Hinblick auf das Haushaltseinkommen.

Eine Online-Erhebung (Pieh et al. 2020), die im April 2020 durchgeführt wurde, fand bei den 1.005 Teilnehmerinnen und Teilnehmern höhere Werte für depressive Symptome (21 %) und Angstsymptome (19 %) im Vergleich zu früheren epidemiologischen Daten. Die Studie stellte fest, dass die COVID-19-Pandemie und der Lockdown (zu diesem frühen Zeitpunkt) besonders belastend für jüngere Erwachsene (< 35 Jahre), Frauen, Menschen ohne Arbeit und Menschen mit niedrigem Einkommen zu sein scheint.

In den COVID-19-Prävalenzstudien 2021 der Statistik Austria (2021c) wurden die Befragten u. a. nach ihren subjektiv wahrgenommenen Folgen bedingt durch die Pandemie gefragt. Finanzielle Sorgen (abgeschätzte Betroffenheit für jeweils die nächsten 6 Monate) haben sich über die Befragungszeitpunkte hinweg geringfügig verringert (Oktober 2020: 9 %; Mai 2020: 13 %; April 2020: 10 %; sehr oder eher wahrscheinlich betroffen von finanziellen Folgen; n = 7.442).

Zusammenfassend zeigen vorliegende internationale und auf Österreich bezogene Studien, dass nicht alle Menschen gleichermaßen von der Pandemie und den Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betroffen sind. Menschen, die bereits vor der COVID-19-Pandemie von Armut bedroht oder betroffen waren (z. B. Einelternfamilien, Menschen mit geringem Einkommen, Menschen in prekären bzw. irregulären Arbeitsverhältnissen, Menschen mit Migrationshintergrund), haben besonders häufig, besonders stark und auf mehreren Ebenen (z. B. Arbeitsmarkt, Einkommen, Lebenshaltungskosten, finanzielle Unterstützungen, Wohnsituation, Bewegungsradius, körperlicher und psychischer Gesundheitszustand) mit der Pandemie, den Eindämmungsmaßnahmen sowie daraus resultierenden gesundheitlichen Auswirkungen (z. B. erhöhte Mortalitätsraten, Verschlechterung der psychischen Gesundheit) zu kämpfen. Zusätzlich kristallisierte sich eine neue, von Armut bedrohte bzw. betroffene Gruppe heraus, und zwar Kunstschaffende und Ein-Personen-Unternehmer:innen. Demnach wird ein Anstieg der armutsgefährdeten und armutsbetroffenen Menschen in Österreich erwartet.

4.9 Soziales Netzwerk/Familie

Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen, Lockdowns und Social Distancing zur Eindämmung von COVID-19 führten dazu, dass physische soziale Kontakte eingeschränkt wurden und mehr Zeit zu Hause bzw. mehr Zeit mit der Familie verbracht wurde. Einige Studien aus dem deutschsprachigen Raum beschäftigen sich damit, wie die Pandemie und die Coronamaßnahmen die Situation in Familien beeinflusst haben und welche Auswirkungen innerhalb der Familien sichtbar wurden.

Organisation des Familienlebens und „Sorgearbeit“

Um die Veränderungen im Familienleben aufzuzeigen, verglich eine deutsche Studie Daten der SOEP-CoV-Studie mit Daten des SOEP 2019 (SOEP = Sozio-OEkonmisches Panel). Der Fokus wurde dabei auf die **Organisation von Kinderbetreuung** zusammen mit der normalen **Hausarbeit** (d. h. Kochen, Putzen und Waschen) gelegt. Sowohl Männer als auch Frauen brachten im April 2020 durchschnittlich mehr Stunden für Kinderbetreuung und Haushaltsarbeit auf als 2019 (unabhängig vom Erwerbsstatus; das konkrete Ausmaß der Mehrstunden unterscheidet sich aber nach Erwerbsstatus). Der zeitliche Mehraufwand für Kinderbetreuung und Haushaltsarbeit unterschied sich marginal zwischen Frauen und Männern (Unterscheidung nach Ost- und Westdeutschland zeigt keine wesentlichen Unterschiede). (Zinn 2020)

Eine österreichische Studie unter **Eltern mit Kindern im Kindergarten- und Schulalter** zeigt, dass Rollenüberlastung, Stress, finanzielle Sorgen und **Work-Family-Konflikte** während des ersten Lockdowns verbreitet waren. Ein Drittel bis die Hälfte der befragten Eltern erlebte das Homeschooling als (sehr) herausfordernd. Frauen (vgl. auch Kap. 4.3) übernahmen in dieser Zeit besonders viele „Care-Tätigkeiten“ (Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen etc.) und fühlten sich besonders stark gestresst. 51 Prozent der Befragten erlebten mehr Konflikte in der Familie als vor der Pandemie, für 42 Prozent ist die Kinderbetreuung problematisch. Eine wesentliche Schlussfolgerung dieser Studie ist, dass Familien in der Krise zentrale Funktionen für unsere Gesellschaft übernommen haben. Neben den Erkenntnissen aus Sicht der Erwachsenen stellt die Autorin aber auch die Frage nach der Sicht der Kinder („Generation Corona“?) und welche Folgen sich bei Kindern zeigen bzw. zeigen werden (vgl. auch Kap. 4.1). Zum einen, weil Kinder „unsichtbare“ Gesellschaftsmitglieder sind, und zum anderen, weil Kinderbetreuung und Bildung während der Pandemie gesellschaftspolitisch nicht prioritär behandelt wurden. (Zartler 2020)

Die Erhebung von Zartler (2020) zeigt auch, dass die Situation während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 für **Alleinerziehende** besonders belastend war (Überlastung, Armutsgefährdung, Abhängigkeit von sozialen und familiären Unterstützungsnetzwerken, die nicht wie vor der Pandemie verfügbar waren). Zu derselben Erkenntnis kommen auch Fuchs et al. (2020) in einer Analyse der sozialen Lage in Österreich. Die Pandemie brachte für Alleinerziehende zusätzliche Herausforderungen in Form von hoher (in-)formeller Arbeitsbelastung, Entgrenzung von Familie und Arbeitsleben und finanzieller Verluste. Auch Malgesini (2020) betont, dass alleinerziehende Mütter, die Homeoffice mit der Betreuung ihrer Kinder (z. B. Homeschooling, Betreuung von Kleinkindern) verbinden müssen, vor einer unmöglichen Aufgabe stehen. Um den Betreuungsbedarf zu decken, müssen oftmals Abstriche im Beruf gemacht werden, wodurch Frauen in traditionelle

Geschlechterrollen zurückgedrängt werden. Langfristig kann dies zu Nachteilen im Berufsleben führen.

Ringler/Baumegger (2020) beschäftigten sich ebenfalls mit der Situation von Eltern während der Pandemie. Sie führten zu zwei Zeitpunkten (April 2020 und November 2020) Telefoninterviews (April 2020: n = 202, November 2020: n = 198) und eine Online-Befragung (April 2020: n = 322, November 2020: n = 489) durch. Die Erhebung zeigt, dass Väter mehr Zeit für Erwerbsarbeit aufbringen als Mütter, **Mütter aber mehr Arbeiten im Haushalt** erledigen (vor dem Lockdown wie auch währenddessen). Hinsichtlich der Erwerbsarbeit zeigte sich, dass viele Eltern ihre Arbeitszeiten während des Lockdowns aufgrund der Kinderbetreuung, Unterstützung beim Homeschooling u. ä. an den Tagesrand bzw. in die Nacht verschoben haben. Der Anteil der Erwerbstätigen unter den befragten Eltern ist von 91 Prozent im April 2020 auf 71 Prozent im November 2020 gesunken und die Arbeitslosigkeit um elf Prozentpunkte gestiegen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass Frauen und sozioökonomisch Benachteiligte stärker von Arbeitslosigkeit betroffen waren, wobei das Risiko schon vor der Pandemie größer war. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Befragten im zweiten Lockdown wieder mehr an ihren ursprünglichen Arbeitsplätzen arbeiteten, v. a. Menschen in systemerhaltenden Berufen übten ihre Arbeit wieder vorrangig am Arbeitsplatz aus. Es wird auch festgehalten, dass v. a. sozioökonomisch Benachteiligte in diesen Berufen arbeiten (z. B. im Supermarkt, in der Pflege). Sonderbetreuungszeit blieb besonders sozioökonomisch benachteiligten Gruppen und systemrelevant Beschäftigten verwehrt.

Die Erhebung von Ringler/Baumegger (2020) zeigt des Weiteren, dass die Kinderbetreuung auch im zweiten Lockdown vorrangig zu Hause stattfand und Mütter meistens dafür hauptverantwortlich waren. Die befragten Eltern berichteten, dass der Arbeitsdruck im zweiten Lockdown gestiegen ist und **Mütter weiterhin stärker belastet** sind als Väter. In ökonomisch benachteiligten Haushalten ist die Mehrfachbelastung stärker spürbar.

Eine weitere österreichische Studie beleuchtet die Erfahrungen der Eltern mit **Distance Learning**. Zwischen April und Juni 2020 wurden 257 Elternteile befragt. Auch diese Studie zeigt, dass der Anteil der Mütter, die sich um „Care-Arbeit“ und Lernen vorrangig kümmerten, höher ist als jener der Väter, die dies taten. Ein gutes Fünftel der Befragten schaffte es nur mit Schwierigkeiten oder kaum bis gar nicht, das Distance Learning zu meistern. War ein Elternteil nicht erwerbstätig, stieg auch der Anteil derjenigen, die große Schwierigkeiten mit dem Distance Learning hatten. Auch Familien, in denen beide Eltern über 30 Stunden in der Woche arbeiteten, hatten größere Schwierigkeiten. Am schwierigsten bewerteten jene Eltern die Situation, bei denen nur die Mutter im Homeoffice tätig war (Problem der Vereinbarkeit von eigener Erwerbsarbeit mit Unterstützung im Distance Learning). Familien mit geringerem Bildungskapital berichteten über mehr Schwierigkeiten aufgrund der Anforderungen durch die Schule und fehlender eigener Unterstützungskompetenzen. 61 Prozent der Eltern gaben an, dass sie während des Lockdowns vermutlich die wichtigsten Unterstützungspersonen beim Lernen für ihre Kinder waren, auch hinsichtlich emotionaler Unterstützung. (Holtgrewe et al. 2021)

Beziehungsqualität

Eine Querschnittsstudie beschäftigte sich mit Auswirkungen auf **Intimität, Sexualität und Solidarität** in der COVID-19-Pandemie. Hierfür wurden 2.569 Personen ab 14 Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz im November und Dezember 2020 mittels Online-Survey befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass es zu einem Rückgang der freundschaftlichen Kontakte kam und vor allem Personen in medizinischen Berufen gaben an, von sozialer Distanzierung bzw. Isolation betroffen zu sein. Rothmüller/Wiesböck (2021) berichten, dass Berührungsdeprivation unter den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern weit verbreitet ist und vor allem Alleinstehende belastet. Die Ergebnisse zeigen weiters, dass Frauen häufiger erschöpft sind als Männer aufgrund der Mehrfachbelastung durch Job, „Sorgearbeit“ („Care-Arbeit“) für Kinder oder ältere Personen etc. und dass es zu einer Zunahme an Konflikten in der Partnerschaft kam. Die Befragung zeigt auf, dass LGTBIQ-Personen (vgl. auch Kap. 4.3) stark von Einsamkeit betroffen sind und ein Drittel der LGTBIQ-Personen im Befragungszeitraum den Kontakt zur Vertrauensperson verloren hat. Ebenso berichteten vier Fünftel der befragten LGTBIQ-Personen, dass sie Angst hatten, sich mit dem:der Partner:in in der Öffentlichkeit zu zeigen. Die Studie fand ebenso Hinweise auf Altersdiskriminierung sowie Rassismus und Diskriminierung von sozial marginalisierten Gruppen. (Rothmüller/Wiesböck 2021)

Pieh et al. (2020) beschäftigten sich mit der Frage, welchen Einfluss **Beziehungsqualität** auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden in Österreich während der Pandemie hat. Hierfür wurden während des 1. Lockdowns im Frühjahr 2020 1.005 Personen mittels Online-Survey befragt. Es zeigte sich, dass Personen mit guter Beziehungsqualität signifikant bessere Werte hinsichtlich psychosozialer Gesundheit im Vergleich zu Personen mit einer schlechten Beziehungsqualität sowie im Vergleich zu Personen ohne Beziehung hatten. Personen ohne Beziehung wiesen wiederum bessere Werte als Personen in einer Beziehung mit schlechter Beziehungsqualität auf. Generell schnitten Personen mit schlechter Beziehungsqualität bei allen psychosozialen Aspekten, die erhoben wurden, am schlechtesten ab. (Pieh et al. 2020) Diese Studie zeigt also auf, dass eine Beziehung mit guter Beziehungsqualität eine Ressource für die psychische Gesundheit während der Pandemie darstellt.

Pflege von Angehörigen

Bei der Betrachtung von „Sorgearbeit“ („Care-Arbeit“), die in Familien geleistet wird, spielt neben der Kinderbetreuung die informelle **Pflege von Angehörigen** eine wesentliche Rolle. Rodrigues et al. (2021) haben sich mit der Frage beschäftigt, welchen Einfluss die Pandemie auf Häufigkeit und Intensität der informellen Pflege in Österreich gehabt hat und wie dies das psychische Wohlbefinden der Pflegenden während der ersten Welle der Pandemie beeinflusst hat. Dafür wurden 2.000 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren mittels Telefoninterviews oder Online-Survey im Juni 2020 (nach dem ersten Lockdown) befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Personen, die informelle Pflege leisten, während der ersten Welle der Pandemie stabil geblieben ist. Es zeigte sich, dass in der Pandemie „neue informell Pflegenden“ dazugekommen sind, v. a. aus der Befürchtung heraus, dass zu pflegende Angehörige während des Lockdowns unzureichend mit Dingen des täglichen Bedarfs versorgt werden könnten. In der Analyse zeigt sich in Hinblick auf die durch

die Studie erreichten Personen, dass jene, die aufgrund der Pandemie mit der Pflege begonnen haben, im Durchschnitt über einen höheren Bildungsabschluss verfügten.

Bei der Betrachtung der psychischen Gesundheit der informell Pflegenden zeigte sich, dass diese Gruppe schlechtere psychosoziale Outcomes hat als „Nicht-Pflegende“. Die Pandemie sorgte für eine **größere psychosoziale Belastung bei Pflegenden**, v. a. hinsichtlich der Sorge, dass sich zu Pflegenden mit dem Coronavirus infizieren könnten, aber auch in puncto eigener finanzieller Sorgen durch Kurzarbeit oder Jobverlust. Hier zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen pflegenden Männern und Frauen. Die Erhebung zeigt, dass eine hohe Betreuungsintensität (mehr als 20 Stunden pro Woche) während der ersten Welle der Pandemie signifikant mit einem schlechten psychischen Wohlbefinden assoziiert war. Diese Gruppe hatte auch eine um 28 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, eine Depression auszubilden – v. a. bei den Pflegenden ohne Kinder oder mit Kindern, die nicht mehr im selben Haushalt leben. Daraus wird geschlossen, dass die Familien der Pflegenden (Kinder, die im Haushalt leben, sowie Partner:innen) einen Resilienzfaktor für das psychische Wohlbefinden darstellen (siehe auch Pinquart and Sorenson 2011 zitiert durch Rodrigues et al. 2021).

Eine deutsche Studie widmete sich ebenfalls der Situation der pflegenden Angehörigen während der Corona-Pandemie. Es wurden 1.000 Personen zwischen 40 und 85 Jahren befragt, die in ihrem privaten Umfeld mindestens sechs Monate und mindestens einmal pro Woche einen Menschen pflegten, der folgende Kriterien erfüllt: (a) Alter ab 60 Jahren, (b) pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches und (c) wird häuslich versorgt. Diese Personen wurden mittels Online-Fragebogen im Zeitraum Ende April bis Anfang Mai 2020 befragt. Die Ergebnisse zeigen – wie bei der österreichischen Studie –, dass pflegende Angehörige mehr Angst hatten, dass sich die zu pflegenden Personen mit dem Coronavirus anstecken als sie selbst (ältere Pflegende machten sich diesbezüglich weniger Sorgen als jüngere Pflegende). 32 Prozent der pflegenden Angehörigen sagten, dass sich die Pflegesituation durch die Pandemie „eher oder stark verschlechtert“ hat. Die eigene Pflegesituation wird von den meisten Befragten aber positiv bzw. nicht so kritisch wahrgenommen. Die **Pflegesituation** hat sich für viele Befragte als **emotional herausfordernd** dargestellt, u. a. weil Unterstützungsleistungen im nahen Wohnumfeld während des ersten Lockdowns weggefallen sind. (Eggert et al. 2020)

Soziale Netzwerke

Nitschke et al. (2021) beschäftigten sich mit der Frage, wie das wahrgenommene Ausmaß an Stress, allgemeinen Sorgen, COVID-19-spezifischen Sorgen und Coronamüdigkeit mit dem Ausmaß an sozialer Verbundenheit zusammenhängt. Dafür wurden 902 Personen über 18 Jahre im April 2020 (während des ersten Lockdowns) österreichweit mittels Online-Survey befragt. Die Befragten hatten vor dem Lockdown einen durchschnittlichen SNI (Social Network Index)⁹ von 17

9

Der SNI (Social Network Index) klassifiziert zwölf soziale Domänen, die von engen familiären Beziehungen bis hin zu entfernteren Beziehungen reichen. Daraus kann ein Index für die Größe des sozialen Netzwerks (SNI-Größe) ermittelt werden, also die Gesamtzahl der Personen, mit denen die Befragten regelmäßigen Kontakt haben. (Nitschke et al. 2021)

Personen (aus sechs verschiedenen Domänen), während des Lockdowns sank dieser für persönliche Kontakte auf durchschnittlich drei Personen. Je höher die Anzahl der sozialen Kontakte war, die die Befragten während des Lockdowns aufrechterhielten, desto geringer war ihr Stressniveau. Sie hatten auch weniger allgemeine Sorgen und wiesen weniger „Coronamüdigkeit“ auf. Eine größere soziale Verbundenheit war auch mit weniger pandemiespezifischen Sorgen verbunden. Stress und Sorgen waren während des Lockdowns umso geringer, je älter die Befragten waren. Das Ausmaß der Sorgen war bei Männern geringer als bei Frauen. Es konnte also festgestellt werden, dass größere soziale Netzwerke die Bewältigung von Sorgen bzw. Krisenzeiten unterstützen. (Nitschke et al. 2021)

In einer Studie (Simon et al. 2020a) zu Capability Deprivation („Einschränkung von Fähigkeiten“) berichten 31 Prozent der insgesamt 560 Teilnehmer:innen der über eine Zufallsstichprobe erfolgten Online-Erhebung über geringes psychisches Wohlbefinden. Eine frühere Behandlung wegen psychischer Erkrankungen, direkte Betroffenheit von COVID-19 und Zugehörigkeit zu einer medizinischen Risikogruppe waren signifikant mit Capability Deprivation verbunden. Depression und Angststörung schränkten die Capability stark ein, soziale Unterstützung war hingegen ein wichtiger Resilienzfaktor. Von der Pandemie beeinflusster Beschäftigungsstatus und Zugehörigkeit zu „critical workers“ brachte keine signifikanten Ergebnisse, allerdings fand die Erhebung bereits im Mai/Juni 2020 statt.

Zusammenfassend zeigen die oben beschriebenen Studien also, dass sich das Familienleben vor allem während der Lockdowns im Jahr 2020 stark verändert hat und dass insbesondere Eltern von (jüngeren) Kindern und Jugendlichen oftmals überfordert waren. Vor allem Frauen waren durch die Mehrfachbelastung von „Sorgearbeit“ („Care-Arbeit“, wie z. B. Kinderbetreuung, informelle Pflege), Unterstützung im Distance Learning, Haushaltsarbeit und Erwerbsarbeit (Homeoffice, Vor-Ort-Arbeiten in systemrelevanten Berufen, Kurzarbeit etc.) oder gar Jobverlust stärker belastet. Im Vergleich zu Alleinlebenden zeigt sich aber auch, dass Familie bzw. eine gute Beziehungsqualität einen Resilienzfaktor für Krisensituationen darstellen können. Ebenso zeigte eine Studie, dass größere soziale Netzwerke die Bewältigung von Sorgen bzw. Krisenzeiten unterstützen. Sozioökonomische Faktoren, wie Einkommen, Erwerbsstatus, Bildungsstand etc., wurden in den genannten Studien – die zu einem großen Teil Österreich betrachten – durchaus berücksichtigt, wobei diese zum Teil noch genauer analysiert werden könnten.

4.10 Weitere relevante Aspekte

Sozioökonomische Unterschiede auf Basis von sozialräumlichen Analysen

Etliche **internationale Studien** befassten sich mit **regionalen Analysen** und untersuchten die Raten von Infektionen, Erkrankungen und Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19 nach sozioökonomischem Status von Regionen bzw. Bezirken. Eine entsprechende Überblicksarbeit (Wachtler et al. 2020) ergab keine durchgängig konsistenten Ergebnisse, aber im Gesamtbild eine höhere Betroffenheit von Menschen in sozioökonomisch stark deprivierten Regionen (u. a. in Großbritannien und den USA).

Eine höhere Betroffenheit von ärmeren Regionen zeigte sich auch für Deutschland (Doblhammer et al. 2020; SENGPG 2020; Wachtler et al. 2020), wobei eine zeitliche Entwicklung zu verzeichnen ist. Die erste COVID-19-Welle begann als Krankheit der Wohlhabenden bzw. besser gestellter Landkreise und verbreitete sich von dort in ärmere städtische und später dann in ärmere landwirtschaftlich geprägte Landkreise. Vor allem ab der dritten Welle zeichnet sich eine Verschiebung der Infektionsherde in eher städtisch geprägte und ärmere Landkreise ab; dann finden sich wieder viele Infektionen in eher ländlichen, aber ebenfalls eher ärmeren Landkreisen (Doblhammer et al. 2020). Eine detaillierte Analyse für Berlin (SENGPG 2020) ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status der Bezirke und Infektionsgeschehen. Die COVID-19-Inzidenz steigt mit dem Anteil der Transferbeziehenden, Arbeitslosen, Einwohner:innen mit Migrationshintergrund und Nicht-EU-Ausländer:innen sowie bei höherer Bevölkerungsdichte, einem höheren Anteil an Siedlungs- und Verkehrsfläche und einem höheren Anteil der Einwohner:innen in einfacher Wohnlage. Bezirke, die eine ungünstigere Sozialstruktur aufweisen, dichter besiedelt sind und weniger Frei- und Erholungsräume bieten, sind signifikant stärker von der Pandemie betroffen.

Das Gleiche gilt auch für Schweden (Burström/Tao 2020), wo die Infektionsraten in sozial benachteiligten Wohngebieten drei- bis viermal höher waren als im Durchschnitt. In Großbritannien (Suleman et al. 2021) hatten Menschen bis 65 Jahre in den ökonomisch am schlechtesten gestellten Gebieten eine fast viermal so hohe Mortalität wie jene in den am besten gestellten.

Ebenfalls für Großbritannien (Chen/Wang 2021) wurde ein Zusammenspiel von überfüllten Haushalten und COVID-19-Diagnose und -Symptomen festgestellt. Die entsprechende Studie stellte auch fest, dass das Wohlbefinden während der Pandemie und in den Lockdowns ungleich über die Bevölkerung verteilt war. Haushalte mit einer Person und überfüllte Haushalte mit fünf oder mehr Personen hatten ein geringeres Wohlbefinden als jene mit zwei bis fünf Personen. Gering qualifizierte Beschäftigung, chronische Erkrankung und psychische Erkrankungen waren generell mit geringerem Wohlbefinden assoziiert.

Für **Österreich** liegen ebenfalls **regionale Analysen** vor (vgl. Fülöp 2021), die zum einen eine höhere Betroffenheit von ärmeren Regionen und zum anderen im Einklang mit den Ergebnissen für Deutschland einen zeitlichen Verlauf belegen. Im Vergleich der COVID-19-Fälle nach geographischen Gebieten (116 Bezirke in Österreich) wiesen Bezirke mit höherem sozioökonomischem Status (beschrieben über das Durchschnittseinkommen und den Bildungsstand der Bevölkerung) in den ersten Wochen der Pandemie eine höhere Rate an Infektionsfällen auf. Diese Situation änderte sich mit dem Fortschreiten der Pandemie, im weiteren Verlauf der Pandemie war die Rate in Bezirken mit niedrigerem sozioökonomischem Status durchwegs höher. Das Gleiche gilt für die kumulative COVID-19-Mortalität im Jahr 2020, allerdings auf einem weniger signifikanten Niveau. Andererseits stieg die kumulative Aufnahme von mindestens einer Impfstoffdosis (% der Bevölkerung) bis Mitte 2021 mit dem sozioökonomischen Status der Region an. Die Fokussierung nur auf die 23 Bezirke der Hauptstadt Wien führt zu den gleichen Schlussfolgerungen, allerdings auf einem deutlich höheren Signifikanzniveau (Fülöp 2021). Darüber hinaus wurden in einer Monitoring-Studie in österreichischen Schulen (mehr als 10.000 Teilnehmer:innen aus 245 Schulen) ebenfalls Assoziationen von regionaler Gemeindefallinzidenz und sozialer Deprivation mit höherer Prävalenz festgestellt (Willeit et al. 2020).

Zugang zu und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und spezifischen Angeboten

Ein weiterer Faktor, der Auswirkungen auf soziale und gesundheitliche Ungleichheiten haben kann, sind Einschränkungen in der **Verfügbarkeit von benötigten Angeboten**. Dies wurde für Österreich sowohl bezüglich der sozialen Infrastruktur als auch der gesundheitlichen Versorgung festgestellt. Laut den in der Studie „Analyse der sozialen Lage in Österreich“ befragten Vertreterinnen und Vertretern sozialer Organisationen (Millner et al. in Fuchs et al. 2020) kam es im Zuge der Pandemie zu einer steigenden Nachfrage bei gleichzeitig notwendigen Einschränkungen des Angebots, aber auch zur Entwicklung neuer Angebotsformen. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Online-Befragung zu „Capability Deprivation“ (Simon et al. 2020a, siehe auch oben) berichteten nur 30 Prozent der Personen, die zuvor in Behandlung wegen psychischer Probleme waren, dass diese auch während des (ersten) Lockdowns fortgesetzt wurde.

Damit im Einklang stehen Ergebnisse einer auf Basis von Routinedaten durchgeführten umfassenden Analyse (Eglau 2021) zu den Auswirkungen der Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung im Jahr 2020, wonach insbesondere im ersten Lockdown (März bis Mai 2020) die stationären Aufenthalte wegen psychischer Erkrankung massiv zurückgegangen sind. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte die Verwendung eines Teils der gewidmeten psychiatrischen Betten als Notbetten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten gewesen sein. Dies war aber nicht spezifisch für den psychiatrischen Bereich, in allen analysierten Bereichen (mit Ausnahme von Schlaganfällen) zeigte sich eine Reduktion der stationären Aufenthalte, insbesondere in Zeiten von Lockdowns und besonders ausgeprägt im ersten Lockdown.

Die AKCOVID-Studie (Schmidt et al. 2021), eine repräsentative Befragung von Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter, bestätigt, dass **unerfüllte medizinische Behandlungsbedarfe** in Österreich während der Pandemie stark angestiegen sind. Die Detailanalyse zeigt, dass Menschen mit finanziellen Problemen häufiger davon betroffen sein dürften. So gaben in dieser Gruppe bei der Befragung im Jänner 2021 fast 21 Prozent einen unerfüllten Behandlungsbedarf an (17,2 % coronabezogene Gründe, 3,9 % andere Gründe), von der Gruppe ohne finanzielle Probleme hingegen nur rund 15 Prozent (12,8 % bzw. 2,3 %).

Der Jahresbericht 2020 zu den **Frühen Hilfen** (Marbler et al. 2021), einem Angebot für schwangere Frauen und Familien mit Kleinkindern in belastenden Lebenssituationen und damit insb. auch für sozial benachteiligte Familien, zeigt ebenfalls, dass es infolge der Pandemie, vor allem in den Lockdown-Phasen, zu weniger Kontaktaufnahmen mit Frühe-Hilfen-Netzwerken kam und insbesondere die Vermittlungen durch das Krankenhaus deutlich zurückgingen. Dafür gab es aber andererseits mehr Selbstmeldungen und mehr Wiederaufnahmen sowie Vermittlungen durch Freundinnen bzw. Freunde, Bekannte und Verwandte. Die Daten zeigen auch, dass insbesondere in den Lockdown-Phasen der Anteil von armutsgefährdeten und Einelternfamilien unter den begleiteten Familien besonders hoch war, im zweiten Lockdown (November/Dezember 2020) auch jener von Hauptbezugspersonen mit psychischen Belastungen. Damit war gewährleistet, dass besonders vulnerable und benachteiligte Gruppen Zugang zur benötigten Unterstützung hatten.

Insgesamt weisen die für Österreich verfügbaren Daten und Informationen darauf hin, dass insbesondere zu Beginn der Pandemie ein Teil der notwendigen sozialen wie gesundheitlichen

Dienstleistungen insb. auch für benachteiligte bzw. vulnerable Gruppen nur eingeschränkt zur Verfügung standen. Dies dürfte sich aber im Verlauf der Pandemie stark verbessert haben.

Impfbereitschaft

Im Jahr 2021 wurden im Rahmen der Austrian-Corona-Panel-Studie Analysen zur Impfbereitschaft durchgeführt, die sozioökonomische Faktoren berücksichtigen. Es zeigten sich dabei nur geringe Unterschiede nach der formalen Bildung und nach Migrationshintergrund. Einen deutlichen Einfluss hatte hingegen das Haushaltseinkommen: Insbesondere in den unteren und mittleren Einkommensgruppen sind die Zögerlichen und Nicht-Impfbereiten stärker vertreten als in den höheren Einkommensgruppen. Insgesamt zeigte sich, dass fehlendes Vertrauen in die Bundesregierung und in die öffentlich-rechtlichen Medien mit geringerer Impfbereitschaft einhergeht (Partheymüller/Eberl 2021, Corona-Blog vom 14.9.2021). Bei in puncto Impfung zögerlichen Personen dürften Mangel an Information, Verunsicherung in Hinblick auf Nebenwirkungen und unklarer Nutzen der Impfung Gründe sein, dass die Impfung (noch) nicht in Anspruch genommen wurde. Es wird daher als wichtig erachtet, dass diese Personengruppen mit relevanten Informationen über jene Quellen, die sie nutzen und denen sie vertrauen, erreicht werden (Partheymüller et al. 2021, Corona-Blog vom 1. 9. 2021). Eine bereits 2020 durchgeführte spezifische Gesundheitskompetenzerhebung rund um Corona zeigte eine geringere Impfbereitschaft in Gruppen mit geringerer Bildung als bei jenen mit mindestens Matura (Griebler et al. 2021).

Zusammenfassend zeigen auch diese ergänzenden Aspekte auf, dass in der Pandemie sozioökonomische Faktoren auf vielen Ebenen eine große Rolle spielen.

4.11 Diskussion

Die Ergebnisse der Literaturanalysen bestätigen die in Kapitel 3 dargestellten Zusammenhänge in Hinblick auf den „syndemischen“ Charakter der COVID-19-Pandemie. International liegen zahlreiche Studien und Analysen vor, die insgesamt ein sehr stimmiges Bild geben und belegen, dass sowohl die unmittelbare Betroffenheit von der Pandemie als auch die Auswirkungen der Maßnahmen der Pandemieeindämmung stark von sozioökonomischen Faktoren beeinflusst sind. Es konnte daher bei der Aufbereitung der internationalen Literatur eine „Sättigung“ erreicht werden in dem Sinne, dass weitere aufgefundene Literatur die Ergebnisse bestätigte und keine neuen, ergänzenden Befunde mehr erbrachte.

Für Österreich liegen ebenfalls zahlreiche Arbeiten zu Public-Health-relevanten Fragestellungen rund um die COVID-19-Pandemie vor, allerdings fehlen häufig (vertiefende) Analysen nach sozioökonomischen Faktoren. Die verfügbaren Ergebnisse bestätigen aber die internationalen Erkenntnisse. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass es entsprechende Zusammenhänge auch in Österreich gibt und diese sich auch auf weitere – international festgestellte – Aspekte beziehen, zu denen es für Österreich noch keine Studien oder Analysen gibt.

Eine gewisse Limitation der Ergebnisse besteht darin, dass – u. a. aufgrund der „Dringlichkeit“, d. h. der Notwendigkeit bzw. des Wunsches, rasch Studien durchzuführen und Einsichten in die COVID-19-Pandemie zu gewinnen – viele Analysen auf Zufallsstichproben (statt repräsentativer Stichproben) beruhen bzw. auch (u. a. pandemiebedingt) Erhebungsmethoden (wie Online-Erhebungen) angewendet wurden, die sozial benachteiligte Gruppen und insb. Menschen in prekären Lebensumständen tendenziell schlecht erreichen. Ein Teil der Arbeiten wurde auch früh in der Pandemie (Frühjahr 2020) durchgeführt, wo, wie spätere Erkenntnisse zeigen, die sozioökonomischen Unterschiede noch nicht so stark ausgeprägt waren. Die Erwartung wäre damit aber insgesamt, dass aufgrund dieser Einschränkungen bzw. dieses „Bias“ tatsächliche Effekte von sozioökonomischer Benachteiligung eher unterschätzt als überschätzt werden.

Insbesondere für Österreich (aber ähnlich beispielsweise auch für Deutschland) fehlen Routinedaten (z. B. Registerdaten), die nach sozioökonomischen Merkmalen analysiert werden und damit systematische Einblicke ermöglichen, wie sie z. B. im angelsächsischen oder teilweise auch skandinavischen Raum vorliegen. Damit befasst sich ausführlicher Kapitel 6.

Des Weiteren fehlen Analysen zu spezifischen Auswirkungen der Pandemie, die vorerst nur über entsprechende Informationen aus der Praxis vorliegen. So wird beispielsweise auch für Österreich berichtet, dass infolge der Lockdowns und Schulschließungen Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zugenommen hat und dies insb. bei jenen aus sozial benachteiligten Familien. Keine Studienergebnisse finden sich aktuell auch zu den – laut Beobachtungen massiven – Einschränkungen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen (etwa aufgrund von körperlichen und/oder mentalen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen etc.). Durch den Wegfall bzw. die stark eingeschränkte Verfügbarkeit von Transport- und Fahrtendiensten war laut anekdotischen Berichten beispielsweise die schulische bzw. soziale Teilhabe auch außerhalb der Zeiten von Schulschließungen limitiert.

Dies ist auch nicht überraschend, da nicht alle relevanten Themenstellungen (so rasch) in Form von wissenschaftlichen Studien behandelt werden können. Darüber hinaus erlauben Studien oft nicht ausreichend vertiefende Einblicke, um dahinterliegende Mechanismen zu den Zusammenhängen in Bezug auf sozioökonomische Faktoren zu verstehen. Aus diesem Grund wurden im Rahmen dieses Projekts auch qualitative Erhebungen durchgeführt, um vor allem direkt mit Vertreterinnen und Vertretern von sozial benachteiligten Gruppen entsprechende Erfahrungen zu erheben, aber auch die Einsichten von Vertreterinnen und Vertretern relevanter Einrichtungen abzuholen. Die Ergebnisse dieser qualitativen Arbeiten werden in Kapitel 5 dargestellt.

Die aufbereitete Literatur beinhaltet – neben der Darstellung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeiten – immer wieder auch Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Diese sind – sofern sie auch für Österreich als relevant erachtet wurden – in die entsprechende Gesamtschau dieses Projekts (vgl. Kapitel 7) eingeflossen.

5 Qualitative Erhebungen

Zwischen Februar und Oktober 2021 wurden Forschungswerkstätten mit insgesamt zwölf Co-Forschenden durchgeführt (vgl. auch Kapitel 2.2). Die Co-Forschenden bildeten unterschiedliche Bevölkerungsgruppen ab und erfuhren selbst soziale Benachteiligungen (vgl. auch Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Informationen zu den Co-Forschenden



Quelle und Darstellung: GÖG

Insgesamt wurden von den Co-Forschenden Interviews mit 47 Personen durchgeführt. Die statistischen Informationen von 45 Interview-Partnerinnen und -partnern zeigen, dass Menschen mit sozioökonomischen Benachteiligungen gut erreicht wurden. Ein Viertel der Interviewpartner:innen hatte einen niedrigen formalen Bildungsabschluss, ein Sechstel war zum Zeitpunkt des Interviews arbeitslos, etwas mehr als die Hälfte erhielt eine finanzielle Unterstützung (u. a. BMS, Notstandshilfe, Pension, Studienbeihilfe). 59 Prozent der Teilnehmenden lebten allein.

An der schriftlichen Kurzerhebung haben weitere 191 Personen teilgenommen, primär über die Online-Befragung (n=144). Die statistischen Informationen zeigen, dass die Teilnehmenden zu meist außerhalb Österreichs geboren wurden, weiblich sind und einen hohen Bildungsstand aufweisen. Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmenden kann der Gruppe der Menschen zugeordnet werden, die aufgrund ihres Bildungsstandes, ihrer beruflichen Situation oder ihres Einkommens benachteiligt werden. Darüber hinaus nahmen 25 blinde oder sehbehinderte Personen an der Kurzerhebung teil (vgl. auch Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

Statistische Informationen zu den Personen, die an Interviews und Kurzerhebung teilnahmen

	Interviews (n=47)	Kurzfragebögen (n=191)
Geschlecht	62 % weiblich 38 % männlich	73 % weiblich 25 % männlich 2 % divers
Alter im Durchschnitt (min., max.)	47 Jahre (18-77)	47 Jahre (17-85)
Wohnort	62 % Wien 33 % Steiermark 5 % Niederösterreich	74 % Wien 13 % Steiermark 9 % Niederösterreich 4 % andere Bundesländer
Wohnsituation	32 % leben gemeinsam mit Partner:in 59 % leben allein 5 % leben in einer Unterkunft 5 % leben gemeinsam mit Freundin- nen/Freunden/Bekanntnen	60 % leben gemeinsam mit Partner:in 28 % leben allein 6 % leben in einer Unterkunft 6 % leben gemeinsam mit Freundin- nen/Freunden/Bekanntnen
Geburtsland	72 % Österreich 20 % restliches Europa 4 % Amerika 4 % Afrika	50 % Österreich 26 % restliches Europa 17 % Amerika 4 % Asien 3 % Afrika und Australien
Staatsbürgerschaft / Aufenthaltstitel	78 % österreichische Staatsbürgerschaft 18 % EU-Bürger:in oder Daueraufenthalt EU 2 % Niederlassungsbewilligung 2 % Asyl	54 % österreichische Staatsbürgerschaft 28 % EU-Bürger:in oder Daueraufenthalt EU 4 % Familienangehörige:r je 3 % Rot-Weiß-Rot-Karte oder Niederlas- sungsbewilligung je 1 % Asyl oder subsidiärer Schutz 6 % anderer Titel
höchster Bildungsab- schluss	30 % Universität/Fachhochschule 15 % Matura 30 % Lehre/Berufsbildende mittlere Schule 25 % maximal Pflichtschulabschluss	69 % Universität/Fachhochschule 12 % Matura 12 % Lehre/Berufsbildende mittlere Schule 7 % maximal Pflichtschulabschluss
berufliche Situation	27 % unselbstständig erwerbstätig 24 % selbstständig erwerbstätig 31 % in Pension oder arbeits-/berufsunfä- hig 16 % arbeitslos 2 % in Ausbildung	43 % unselbstständig erwerbstätig 18 % selbstständig erwerbstätig 19 % in Pension oder arbeits-/berufsunfä- hig 9 % arbeitslos 3 % in Ausbildung 7 % andere Situation
finanzielle Situation	53 % erhalten finanzielle Unterstützung (BMS, Notstandshilfe, Pension, Kinderbe- treuungsgeld, Studienbeihilfe etc.). 2 % haben kein Einkommen und beziehen keine finanzielle Unterstützung.	34 % erhalten finanzielle Unterstützung (BMS, Notstandshilfe, Pension, Kinderbe- treuungsgeld, Studienbeihilfe etc.). 5 % haben kein Einkommen und beziehen keine finanzielle Unterstützung.

Quelle: GÖG

5.1 Soziale und ökonomische Auswirkungen der Corona-Pandemie

Die Pandemie und die Maßnahmen zu deren Eindämmung haben eine Vielzahl von sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Die wirtschaftlichen Auswirkungen hängen in erster Linie mit dem Verlust der Arbeit und damit des Einkommens zusammen sowie mit mangelnden Kompensationsmöglichkeiten.

In Bezug auf die **Arbeitssituation** zeigte die partizipative Begleitforschung, dass viele Menschen von unsicheren Arbeitsverhältnissen oder Unterbeschäftigung betroffen waren, andere verloren ihren Arbeitsplatz ganz oder wurden in der Ausübung ihrer Erwerbsarbeit stark eingeschränkt. Dies betraf z. B. Sexarbeiter:innen und Künstler:innen besonders stark, aber auch andere Tätigkeiten, wie z. B. das Durchführen von Interviews, waren nicht mehr so leicht möglich. In letzterem Fall lag das nicht nur an den Lockdowns und der Reduktion der sozialen Kontakte, sondern auch an der geringeren Bereitschaft der Menschen, an einem Interview teilzunehmen. Besonders betroffen von Jobverlusten waren laut Verein AMSEL Frauen mit Betreuungspflichten, ältere Personen, Personen mit gesundheitlichen Problemen und Menschen mit Migrationshintergrund. Die Personengruppe mit fixen Anstellungsverhältnissen erlebte zum Teil ebenfalls Unsicherheiten: Eine ständige Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und den darauffolgenden finanziellen Schwierigkeiten spielte eine erhebliche Rolle. Darüber hinaus erlebten sie Arbeitsintensivierung, Überlastung, mangelnde bzw. reduzierte Flexibilität bei Arbeitszeiten, schlechtere Kommunikation mit vielen Missverständnissen und Frust als Folge. Besonders betroffen war auch das Gesundheitspersonal auf COVID-Stationen; Betroffene berichteten von einem höheren Zeitaufwand in der Betreuung von Patientinnen und Patienten, vielen Überstunden, Belastungen aufgrund der Schutzausrüstung und Maßnahmen, die sie selbst getroffen haben, um sich und ihre Familien vor einer Ansteckung zu schützen. Von einer Interviewten, die in einem Gesundheitsberuf, jedoch nicht auf einer COVID-Station arbeitet, wurde auch die Schwierigkeit genannt, in diesem „helfenden Beruf“ unter der erhöhten Belastung weiterhin voll zu funktionieren und erforderliche Leistungen zu erbringen trotz des mangelnden Ausgleichs.

Frau A ist in einem Krankenhaus beschäftigt, wo sie viele Überstunden leisten muss und sich einem höheren Risiko, sich anzustecken, ausgesetzt sieht. Sie ist zwar froh, eine Arbeit zu haben, gleichzeitig aber verunsichert. Sie merkte auch, dass sich andere in ihrer Nähe unwohl fühlten, da sie Angst hatten, sich anzustecken. Um den Sohn, der an einer Vorerkrankung leidet, und die Mutter zu schützen, hat sie sich in den ersten Monaten eine eigene Wohnung gemietet und den Kontakt zur Familie so gut es geht vermieden. Das war nicht nur eine finanzielle Belastung, sie litt auch sehr unter dieser Situation, fühlte sich einsam und auch irgendwie „aussätzig“. Zum Beispiel hat der Vermieter jeglichen persönlichen Kontakt mit ihr vermieden. Die Arbeitsbedingungen waren durch die Schutzmaßnahmen deutlich erschwert, aber aus ihrer Sicht doch notwendig. Sehr geholfen haben die täglichen Besprechungen in der Arbeit, nicht nur über die aktuelle Lage, sondern auch über die Ängste und Gefühle.

Bei Familien zeigten sich vor allem Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung. Beklagt wurde vor allem die Abhängigkeit vom Wohlwollender jeweiligen Arbeitgeberin

bzw. des jeweiligen Arbeitgebers, da diese über eine Arbeitsfreistellung entscheiden konnten und Familien mit der Herausforderung alleingelassen wurden. Sehr belastend war diese Situation auch für alleinerziehende Eltern. Schwierig war es auch für diejenigen, die einen Job suchten, weil sie z. B. kurz vorher gekündigt hatten oder eine Ausbildung abgeschlossen hatten: In der Zeit des ersten Lockdowns wurde es als kaum möglich erlebt, einen neuen Job zu finden.

Die verschiedenen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeit führten bei etlichen Befragten zu **Einkommensverlusten** bis hin zum totalen Einkommensausfall und damit zu weiteren Belastungen. So haben die Interviews gezeigt, dass sich viele Menschen in der Folge einschränken und – falls vorhanden – ihre Ersparnisse nutzen mussten, um ihre laufenden Fixkosten decken und gut durch die letzten eineinhalb Jahre kommen zu können. Manche haben ihre Ersparnisse in dieser Zeit vollständig aufgebraucht und suchten andere Wege der finanziellen Absicherung. Dazu zählte der Verkauf von gebrauchten Gütern (z. B. Autos, Kleidung) ebenso wie die Bitte um Unterstützung bei Familien und Freundinnen bzw. Freunden. In einigen Fällen erlebten die Menschen, mit denen die Co-Forschenden sprachen, Lebensmittelknappheit und/oder mussten ihre Wohnungen verlassen, da sie die Fixkosten nicht mehr decken konnten. Sie überzogen auch ihre Kreditkarten und machten Schulden, die sie – sobald es wieder möglich war, zu arbeiten – abzahlen mussten. Einige Interviewpartner:innen schilderten, dass sie daher nach dem Lockdown ihre Arbeit intensivierten und dabei sogar bis an ihre körperlichen Grenzen gingen. Sie schränkten auch ihre sozialen Kontakte ein, um mehr Zeit für die Arbeit zu haben.

Frau B ist selbstständig, Künstlerin und Alleinerzieherin. Sie hatte aufgrund des Einkommensverlustes große finanzielle Probleme, verbrauchte ihre Ersparnisse und musste sich im Freundes-/Bekanntekreis Geld ausleihen. Sie machte Schulden, um ihre Wohnung nicht zu verlieren und ihren Sohn und sich mit Essen zu versorgen, und konnte sich dennoch einen Laptop für ihren Sohn fast nicht leisten. Sie erhielt zwar staatliche Unterstützung für ihr Unternehmen, was sie als sehr aufwendig und bürokratisch empfand, aber das reichte nicht für ihr privates Leben. Sie wechselte letztendlich im letzten Jahr fünfmal die Wohnung. Dies hat sie sowohl körperlich als auch emotional sehr gestresst, sie nimmt das erste Mal in ihrem Leben Schlaftabletten aufgrund von Schlaflosigkeit.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass vor allem jene Menschen, die vor der Pandemie prekär beschäftigt waren, selbstständig waren, sich in Ausbildung befanden und/oder über ein geringes Einkommen verfügten und – wenn überhaupt – nur ein kleines finanzielles Polster hatten, sowie Alleinverdiener:innen vor großen finanziellen Herausforderungen standen. Einige hatten vor der Pandemie eine Ausbildung begonnen und die Arbeitszeit reduziert oder den Job gekündigt und dadurch finanzielle Schwierigkeiten. Für etliche der von Einkommensverlust betroffenen Menschen war es nicht möglich, eine finanzielle Entschädigung zu beantragen: Sie hatten entweder keinen Anspruch oder stießen auf andere Hürden, wie z. B. schwer verständliche Formulare, den ausschließlich digitalen Zugang sowie den bürokratischen Aufwand. Im Fall von Sexarbeit kam noch ein weiteres Problem hinzu: Sexarbeiter:innen, die durch den Einkommensverlust in eine finanzielle Notlage gerieten, sahen zum Teil keinen anderen Ausweg, als ihre Tätigkeit trotz Arbeitsverbot fortzusetzen, und riskierten damit hohe Geldstrafen, die sie wiederum nicht hätten bezahlen können.

Frau C hatte sich kurz vor der Pandemie als Dolmetscherin selbstständig gemacht und daher ihre Arbeitsstunden in der Institution reduziert, in der sie noch angestellt war. Aufgrund des Lock-downs hat sie jedoch kaum Aufträge bekommen, was zu finanziellen Engpässen führte.

Personen, die bereits in Pension waren, über ausreichend Ersparnis bzw. über Eigentum verfügten, gut abgesicherte Jobs hatten oder finanzielle Unterstützung bezogen und ihre Lebensführung danach ausrichteten, berichteten weniger oder kaum über finanzielle Probleme. Menschen aus dieser Personengruppe beschrieben dies auch als großes Glück, da sie die finanziellen Probleme anderer in ihrer sozialen Umgebung mitbekamen. Einzelne berichteten, dass sie durch die Einschränkungen im Alltag weniger Möglichkeiten hatten, ihr Geld auszugeben und dadurch gelernt hätten, mit weniger finanziellen Mitteln auszukommen. Andere beschrieben, dass sie eine Ausbildung abschließen konnten oder aufgrund der verschlechterten Arbeitsmarktsituation eine Ausbildung angefangen haben.

Herr D hat kurz vor der Pandemie mit einem Studium begonnen und ist über ein Stipendium finanziell abgesichert. Er erhält zusätzlich finanzielle Unterstützung von seinen Eltern. Dies war nur weiterhin möglich, weil sein Vater als Künstler wiederum eine gute staatliche Förderung erhält. Belastet hat ihn jedoch das viele Alleinsein und die fehlende Möglichkeit, über das Studium neue Menschen kennenzulernen.

Bei Familien mit finanziellen Engpässen war vor allem die für die Schulkinder benötigte Infrastruktur schwierig zu besorgen, was ebenfalls als sehr belastend erlebt wurde.

Menschen, die bereits vor der Pandemie arbeitslos waren, erlebten diese sehr unterschiedlich. Rein finanziell änderte sich für diese Personengruppe meistens nichts. Finanzielle Unterstützung, wie die Erhöhung der Notstandshilfe und der Bonus von 450 Euro, bedeuteten eine finanzielle Entlastung. Dieser Bonus konnte jedoch gepfändet werden, stand nicht allen zur Verfügung und wurde von der bedarfsorientierten Mindestsicherung wieder abgezogen. In der Fokusgruppe wurde eine positive Auswirkung für die Gruppe der bereits vor der Pandemie von Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen angesprochen: Für manche seien die (oft belastenden) Beratungstermine beim AMS weggefallen, was den psychischen Druck reduzierte. Allerdings wurde das anscheinend, ebenso wie auch die Auflagen, vom AMS sehr unterschiedlich umgesetzt. Sozialmärkte, die für Menschen ohne oder mit geringem Einkommen und damit auch für diese Gruppe eine wichtige Unterstützung darstellen, wurden während der Pandemie von manchen aus Angst vor Ansteckung nicht genutzt.

Frau E hat vor der Pandemie als Sexarbeiterin gearbeitet, während des ersten Lockdowns bzw. darüber hinaus durfte sie diesen Beruf nicht ausüben. Sie erhielt zwar finanzielle Unterstützung (aus dem Härtefallfonds), das hat jedoch nicht ausgereicht: „... nur so zum Überleben, dass man nur so fürs Leben, dass man die Kosten für Wohnung und die Rechnungen zahlen kann, aber natürlich bei anderen musste ich dann Stundungen machen, wie bei Versicherung, weil ich habe eine Nachzahlung für zwei Jahre bekommen. Ich konnte das von diesem Geld nicht zahlen.“

Frau E hat Überlegungen angestellt, eine andere Tätigkeit anzunehmen: „Daran habe ich auch gedacht, aber es war wirklich ein bisschen schwer, etwas zu finden. Ich habe mir dann auch überlegt, dass ich mich bei WAFF anmelde als Selbstständige und die haben im Angebot gehabt

irgendwelche Kurse. Aber da bin ich nicht weitergekommen, weil da sind wieder andere Sachen dazugekommen, dass ich die Selbstständigkeit zurücklegen hätte müssen, mich beim AMS anmelden und dann, wenn ich das mache ... das hat nicht zusammengepasst. Weil vom AMS würde ich auch kein Geld bekommen. Oder ein Kurs, welcher vielleicht drei Monate dauert, und dann kein einziges Einkommen.“

Soziale Kontakte mit dem persönlichen Umfeld, Freundinnen und Freunden, Familienangehörigen und anderen Menschen haben grundsätzlich für viele Menschen einen hohen Stellenwert. Für viele war das auch eine wichtige Ressource, um mit der Pandemie und deren Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche gut umgehen zu können. Dazu gehören nicht nur der intensive persönliche Austausch mit Freundinnen und Freunden, sondern auch spontane, ungeplante Begegnungen, z. B. mit Nachbarinnen und Nachbarn. Doch neben den finanziellen bzw. existenziellen Problemen erlebten viele einen massiven Verlust an sozialen Kontakten und körperlicher Nähe und erlebten dies als sehr belastend. Dies trifft in gewisser Art und Weise auf alle Menschen zu, v. a. zu Beginn der Pandemie und während der Lockdown-Phasen kam es zu starken Einschränkungen der Kontaktmöglichkeiten und damit auch des sozialen Austausches. Während der Kontakt zur eigenen Familie noch eher gesucht/gehalten wurde, wurden freundschaftliche Beziehungen stark eingeschränkt. Auch wenn versucht wurde, die Kontakte mittels Telefon oder – deutlich seltener – über Social Media aufrechtzuerhalten, war das für viele kein adäquater Ersatz für persönliche Treffen. Neue soziale Kontakte konnten sich kaum ausbilden. Besonders belastet haben die reduzierten persönlichen Kontakte allein lebende Menschen, junge Menschen und Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, sowie Menschen, deren einziges soziales Netz durch den Wegfall der Arbeit bzw. ihrer ehrenamtlichen Tätigkeiten zum Erliegen kam. Letzteres berichteten Angehörige verschiedener Gruppen: Kursleiter:innen, Sexarbeiter:innen sowie prekär beschäftigte Menschen. Sexarbeiter:innen verloren durch das Arbeitsverbot oft die einzige Möglichkeit, über ihre Situation mit anderen, zum Teil vertrauten Menschen zu sprechen. Da dieser Beruf oftmals schambesetzt ist, ist er unter Umständen in der eigenen Familie nicht bekannt, weshalb diese auch nicht in die Schwierigkeiten „eingeweiht“ werden kann. Prekär beschäftigte Menschen können aufgrund ihrer fehlenden finanziellen Möglichkeiten keine Menschen in Cafés etc. treffen oder nach Hause einladen, weshalb sie oft sehr isoliert leben. Auch für diese Gruppe sind daher die Arbeitskolleginnen und -kollegen oft die wichtigsten bzw. womöglich einzigen sozialen Kontakte. Es gab aber auch unter den befragten Personen welche, die die Situation zunächst für nicht so schlimm hielten und erst nach dem ersten Lockdown merkten (als sie sich wieder mit Freundinnen und Freunden etc. trafen), wie sehr ihnen der soziale Austausch abgegangen war und wie sehr ihnen dieser Kontakt zu anderen Menschen wirklich gefehlt hatte. Jene arbeitslosen Menschen, die bereits vor der Pandemie isoliert waren, litten besonders unter dem Wegfall der einzigen verbliebenen Kontakte (wie z. B. Treffs ohne Konsumzwang des Vereins AMSEL).

Von Menschen, die in Österreich leben und arbeiten, deren Familie sich allerdings im Ausland aufhält, wurde berichtet, dass sie der fehlende Kontakt zu ihren Kindern, Partnerinnen bzw. Partnern oder anderen Familienmitgliedern sehr belastet hat. Durch Einreiseverbote, abgesagte oder verschobene Flüge und Ähnliches wurden Besuche erschwert bzw. gänzlich verhindert. Selbst nach bzw. zwischen den Lockdowns war ein Besuch nicht immer möglich. Zusätzlich musste in diesen Zeiten der Lockerung dann wieder verstärkt gearbeitet werden. Aber nicht nur die fehlenden Besuchsmöglichkeiten, sondern auch die dadurch fehlende Möglichkeit, die im Ausland lebende

Familie in dieser Situation unterstützen zu können, wurde als sehr belastend beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde in der Fokusgruppe auch darauf hingewiesen, dass die Möglichkeiten für Familiennachzug während der Lockdowns stark eingeschränkt waren (weil Botschaften geschlossen waren und Verfahren länger gedauert haben), was für Menschen mit Migrationshintergrund eine weitere Belastung darstellte. Dies führte in der Folge auch dazu, dass diese Personen ihre Migration als negativ wahrnahmen.

Menschen, die blind oder sehbehindert sind, berichteten, dass ihre „Begleitpersonen“ (Anmerkung: unterstützende Personen bzw. Hilfsdienste), die ihnen normalerweise tagtäglich bei ihren Aufgaben helfen, teilweise weggeblieben sind. Dies führte bei den davon betroffenen Menschen zu einer großen Hilflosigkeit. Als Ursachen für das Wegbleiben wurden Personalausfälle bei den sozialen Unterstützungsangeboten (v. a. aufgrund der Notwendigkeit der Kinderbetreuung durch das zumeist weibliche Personal) sowie die Angst der meist als Selbstständige arbeitenden Menschen vor Ansteckung (sich selbst oder das Virus weiterzugeben) identifiziert.

Für Asylwerbende, die meist keine Familie in Österreich haben und während des Asylverfahrens nicht arbeiten dürfen, bietet der Besuch von Kursen (z. B. Deutschkurse oder Werkstätten der Vinzichance) nicht nur die einzige mögliche Beschäftigung und damit Tagesstruktur, sondern die Teilnehmer:innen und Kursleiter:innen stellen oft auch das einzige soziale Umfeld („sind Familie“) dar. Wenn die Kurse wegfallen, ist das für die betroffenen Personen daher ebenfalls sehr schwierig und belastend. Eine Umstellung auf Online-Kurse scheidet jedoch u. a. am nicht oder nur partiell (z. B. in der Unterkunft oder an öffentlichen Plätzen) in ausreichender Qualität verfügbaren Internetzugang. In der Pandemie sind zusätzlich auch viele Ehrenamtliche weggefallen, die beim Deutschlernen unterstützt haben.

In der Fokusgruppe wurde auch die Bedeutung der **Ehrenamtlichen** für viele soziale Unterstützungsangebote und die Folgen des Fehlens dieser Angebote angesprochen. Aber auch die Herausforderungen, die sich durch das Aussteigen vieler ehrenamtlich tätiger Personen aufgrund bzw. während der Pandemie aus der Freiwilligenarbeit für die Einrichtungen ergaben, waren Thema. Die Erfahrungen zeigen, dass v. a. ältere Menschen aufgrund von Verunsicherung oder Angst vor Ansteckung ihre Tätigkeit aufgegeben haben. In der Folge kam es zu Vertrauens- und Beziehungsabbrüchen und viele Angebote mussten zurückgefahren werden. Es gab zwar v. a. zu Beginn der Pandemie bzw. während des ersten Lockdowns viele junge Menschen, die ihre frei gewordene Zeit nutzen und sich ehrenamtlich engagieren wollten. Es wurde von den Einrichtungen jedoch als sehr aufwendig beschrieben, diesen Bereich nach den Lockdowns erneut aufzubauen.

Im Zusammenhang mit professionellen Hilfesystemen wurde in der Fokusgruppe weiters berichtet, dass auch diese von den Einschränkungen bei Besuchsmöglichkeiten betroffen waren und z. B. Klientinnen und Klienten nicht im Krankenhaus oder Pflegeheim besucht werden konnten. Aber auch bei der Begleitung der Klientinnen und Klienten zu Behörden oder zu Ärztinnen und Ärzten kam es zu Problemen. Für diese ohnehin schon benachteiligten Gruppen mit wenigen sozialen Kontakten waren diese Einschränkungen daher besonders schwerwiegend. Dies galt auch für Insassinnen und Insassen von Haftanstalten, die über einen langen Zeitraum weder Besuche erhalten noch die eigentlich zustehenden Freigänge in Anspruch nehmen durften. Laut Auskunft aus der

Fokusgruppe bestehen in diesem Bereich nach wie vor Einschränkungen, was menschenrechtlich bedenklich sei.

Abgesehen vom Fehlen sozialer Kontakte wurde auch viel von **sozialen Spannungen** berichtet. Von einigen Teilnehmenden wurde die generell angespannte Stimmung unter den Menschen angesprochen, aber auch die wahrgenommene Spaltung und soziale Kälte bzw. der Verlust an Menschlichkeit. Dies sei nach Meinung etlicher Befragter seitens der Politik gefördert worden. Diese sozialen Spannungen äußerten sich beispielsweise in wütenden Auseinandersetzungen über harmlose Dinge im Alltag, im fehlenden Verständnis für andere oder in der fehlenden Akzeptanz für unterschiedliche Lebenssituationen und Meinungen. Manche hatten das Gefühl, dass sie ihren Angehörigen und Freundinnen bzw. Freunden in dieser schweren Zeit nicht helfen durften. Es wurde die Notwendigkeit beschrieben, mehr Toleranz gegenüber anderen aufzubauen, auch bezüglich der Ängste von Mitmenschen und deren erhöhter Konfliktbereitschaft. Auch wurde der Verlust von Freundschaften durch Kontaktabbrüche aufgrund von stark divergierenden Ansichten bezüglich der Pandemie und der Gefährlichkeit der COVID-19-Erkrankung genannt. Einige Teilnehmer:innen wollten als Folge all dessen nur noch Kontakte mit Menschen ähnlicher Mentalität pflegen. Soziale Spannungen gab es auch bei jenen Menschen, die sich aufgrund ihrer ökonomischen Situation in einer neuen Abhängigkeit von Familie und Freundinnen bzw. Freunden befinden, oder in Familien mit Schulkindern, die mit der neuen Situation überfordert waren.

Eine Interviewpartnerin berichtete von ihrem Eindruck, dass die Menschen früher offener waren und jetzt nicht mehr auf einen zugehen würden, wenn Hilfe gebraucht wird. Ein Interviewpartner erzählte, dass er von Freundinnen bzw. Freunden gemieden wurde und diese ihn als „verrückt“ abgestempelt haben, weil er einem an COVID-19 erkrankten, allein lebenden Familienmitglied Essen und Medikamente vorbeigebracht hatte.

Diese sozialen Spannungen äußerten sich auch in **Rücksichtslosigkeit und Diskriminierung**. Blinde oder sehbehinderte Menschen berichteten beispielsweise von Beschimpfungen v. a. im öffentlichen Verkehr. Da ihnen das Abstandhalten zu anderen aufgrund ihrer Einschränkung nicht so leicht möglich ist, fühlten sich andere belästigt. Sie berichteten auch von fehlender Unterstützung im öffentlichen Raum. Zusätzlich nahmen sie wahr, dass auf ihre Bedürfnisse weniger Rücksicht genommen wurde als früher. So wurden z. B. kaputte Blindenampeln nicht repariert (weil es niemand auffiel und daher niemand meldete) oder bei Baustellen Niveauunterschiede nicht mehr „automatisch“ ausgeglichen wie früher. In Verbindung mit der erhöhten eigenen Unsicherheit aufgrund der fehlenden Gewohnheit trug all dies wiederum dazu bei, dass sich blinde oder sehbehinderte Menschen weniger in den öffentlichen Raum wagten.

Herr F ist sehbehindert und berichtete, dass er die Menschen auf der Straße als aggressiv und ungeduldig erlebt habe. Für ihn taten sich aber auch weitere Hürden auf: „Bin auf den Fahrer in den Bussen angewiesen. Die vordere Tür war aber versperrt und die Fahrer oft sehr unhöflich.“

Eine Interviewpartnerin gab an, vermehrt Diskriminierung verspürt zu haben durch vermehrte Blicke, größere Distanzwahrung oder Kontaktabbrüche, welche für sie auf ihre Hautfarbe bzw. ihren Migrationshintergrund zurückzuführen waren. Einige Interviewpartner:innen berichteten auch davon, dass sie sich selbst in ihrer Bewegungsfreiheit einschränkten, weil sie Angst hatten, etwas

Illegales zu tun, und sie sich die Strafe nicht hätten leisten können. Dies ging häufig einher mit Berichten über eine hohe Polizeipräsenz und mit der Erfahrung von Stigmatisierung aufgrund ihres Erscheinungsbildes (z. B. der Hautfarbe) oder der Unsicherheit über aktuell geltende Maßnahmen seitens der Regierung, v. a. wenn sie nicht die Möglichkeit hatten, sich über Social Media, Radio oder Fernsehen entsprechend zu informieren, oder die Informationen nicht verstanden hatten. In der Fokusgruppe wurde dazu berichtet, dass insbesondere während des ersten Lockdowns Menschen mit Migrationserfahrung, aber auch ehemals straffällige Menschen häufig angehalten wurden und Verwaltungsstrafen erhielten. Menschen in einer finanziell prekären Lebenssituation können sich diese jedoch nicht leisten. Auch in dieser Hinsicht zeigte sich die Bedeutung professioneller Unterstützung: Der Verein Neustart legte für seine Klientinnen und Klienten Beschwerde ein (fast alle Strafen wurden wieder aufgehoben) und stellte Bestätigungen aus (dass sie Termine wahrnehmen müssen und daher die Wohnung verlassen dürfen), während der Verein Sophie dazu überging, den Klientinnen und Klienten Gutscheine und Hilfspakete zuzustellen. Diese Unterstützung hatte eine positive Auswirkung auf die Bindung der Klientinnen und Klienten zu den Einrichtungen.

Hinsichtlich Diskriminierung wurde in der Fokusgruppe des Weiteren erwähnt, dass es in der Pandemie schwerer geworden ist, Wohnungen an wohnungslose Menschen zu vermitteln. Aber auch, dass seit der Pandemie eine Unterscheidung in „gute Arbeitslose“ (haben ihren Job aufgrund der Pandemie verloren) und „schlechte Arbeitslose“ (waren bereits vorher arbeitslos) wahrgenommen wurde.

Neben Diskriminierungserfahrungen wurden auch Erfahrungen mit **Aggression** gegenüber öffentlich sichtbaren benachteiligten Gruppen beobachtet. In der Fokusgruppe wurde bezüglich Aggression auch berichtet, dass während der Lockdowns familiäre Gewalt angestiegen sei, was an den um 30 Prozent erhöhten Betretungsverboten festgemacht wurde. Vonseiten der Sexarbeiter:innen wurde darauf hingewiesen, dass sie zuletzt vermehrt Anfragen mit Gewaltcharakter bekommen haben, was auch als Zeichen vermehrter Aggressivität in der Gesellschaft gedeutet wurde.

Frau G berichtet auf die Frage, was sie besonders belastet hätte, u. a. Folgendes: „Also, wenn ich aus der Branche rede, es war immer mehr Gewalt. Die Klienten waren nicht damit [Anmerkung: mit den Maßnahmen] einverstanden, am Anfang vielleicht im Frühling. Es war so, ich kann jetzt mehr Zeit mit meiner Familie verbringen. Aber dann war es so weiterhin, ich kann meine Geliebte nicht besuchen, ich kann nicht auf ein Bierli gehen, ich kann nicht dies und jenes und alle Anfragen waren einfach mit Gewalt verbunden. Weil irgendwo muss es raus. Und das war schon mühsam.“

Neustart berichtete in der Fokusgruppe aber auch als positive Entwicklung, dass bei manchen **Kriminalitätsformen**, wie Eigentumsdelikten oder situativer Gewalt, während der Lockdowns ein Rückgang zu beobachten war.

Aus der **schriftlichen Kurzerhebung** lässt sich zusammenfassen, dass sich 56 Prozent der Teilnehmer:innen eher oder stark durch die Pandemie belastet fühlten, bei den Menschen mit einer gewissen sozioökonomischen Benachteiligung waren es sogar 65 Prozent. Vor allem das Fehlen freundschaftlicher Beziehungen, der Alltag im Allgemeinen und die Arbeitssituation bzw. Arbeitsverhältnisse wurden von je über 43 Prozent der Befragten negativ bewertet. Auch haben sich

familiäre Beziehungen und die erlebte Hilfe durch professionelle Unterstützungsangebote sowie die finanzielle Situation bei 27 bis 31 Prozent der Befragten verschlechtert. Die Wohnsituation (18 %) und die Gesundheit (15 %) wurden nicht ganz so häufig negativ bewertet, wobei unter „Gesundheit“ meist nur die körperliche Verfassung verstanden wurde. Gerade unter den Menschen mit sozioökonomischer Benachteiligung werden die oben angeführten Bereiche als sehr belastend erlebt, v. a. auch der Alltag und die finanzielle Situation. Grundsätzlich erwähnen aber viele, dass die erlebte Belastung im letzten Jahr schwankte und phasenweise stärker oder schwächer war.

5.2 Gesundheitliche Aspekte der Pandemie

Einige Interviewteilnehmer:innen gaben an, keine **Angst vor einer Ansteckung mit dem Virus** gehabt zu haben, da sie aufgrund ihrer beruflichen Situation (z. B. Homeoffice) keinen oder wenig Kontakt mit anderen Menschen hatten bzw. haben oder sich sehr an die empfohlenen Hygienemaßnahmen sowie Social Distancing halten würden, selbst wenn einige aufgrund von Vorerkrankungen einen schweren Verlauf befürchteten. Bei einem großen Teil der Befragten waren die Ängste vor einer Ansteckung jedoch sehr groß, gerade wenn sie aufgrund ihrer beruflichen Situation besonders exponiert waren, vielfach auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen sind, Ängste um Freundinnen und Freunde oder Familienangehörige hatten, eine Stigmatisierung als an COVID-19 Erkrankte befürchteten oder sich selbst in einer körperlich schlechten Verfassung befanden. Hier spielte besonders die Angst eine große Rolle, in der Folge auch Freundinnen und Freunde oder Familienmitglieder, insbesondere jene mit erhöhtem Risiko eines schweren Verlaufs aufgrund von Vorerkrankungen oder des Alters, anzustecken. Dies schließt auch ein, dass eine eigene Infektion womöglich asymptomatisch und damit unerkannt sein kann. Bei erfolgter Ansteckung der Familie war das schlechte Gewissen, die eigene Familie in Gefahr gebracht zu haben, für einige eine enorme zusätzliche Belastung. Grundsätzlich wurde die Angst vor Ansteckung besonders bei Personen mit gutem, raschem Zugang zu Testungen und Impfungen (z. B. berufsbedingt) durch diese vermindert.

In der **schriftlichen Kurzerhebung** gaben 63 Prozent der Teilnehmenden an, dass sie sich vor einer Infektion fürchteten, u.a. aufgrund ihres Alters, Risikos oder wegen eines notwendigen Krankenhausaufenthalts oder einer möglichen Langzeitwirkung. Tatsächlich gaben nur sehr wenige Teilnehmer:innen an, sich mit dem Virus infiziert zu haben. Die meisten kannten jedoch positiv getestete Personen in ihrem Umfeld.

In Bezug auf **Infektionen mit dem Coronavirus** bzw. eine **Erkrankung an COVID-19** berichten viele der Befragten, dass sie die eine oder andere Person kennen würden, bzw. haben sich manche auch selbst angesteckt. Während manche dieser Personen sehr vorsichtig waren, waren dies andere gar nicht und bei etlichen ist es auch unklar geblieben. Manche haben sich im Arbeitssetting angesteckt (z. B. Fabrik, Gartenbaubetrieb), wo nicht nur viele Menschen auf engem Raum arbeiten, sondern auch das Einhalten der Maßnahmen (Abstand) schwierig ist. Manche haben sich bei großen Events angesteckt, andere im privaten Umfeld (z. B. bei Kindern). Aber es wird auch davon berichtet, dass sich Menschen im Wartebereich z. B. einer Ordination oder eines Krankenhauses angesteckt haben. Zur Intensität gibt es unterschiedliche Wahrnehmungen. In der Fokusgruppe

wurde berichtet, dass es Cluster in verschiedenen Einrichtungen gegeben hat. Während dies in einer Obdachloseneinrichtung erst nach einem Jahr der Fall war, traf es eine große Unterkunft für Asylwerber:innen bzw. eine Einrichtung für nicht versicherte Menschen bereits im ersten Lock-down.

Herr H arbeitet als selbstständiger Physiotherapeut und hat Familie (zwei Kinder). Er hat für sich selbst aufgrund seines Berufs eine erhöhte Ansteckungsgefahr wahrgenommen, hatte aber v. a. Angst, seine Familie anzustecken. „Ich hatte, speziell während der ersten Zeit, Schlafstörungen, ich war ziemlich gestresst, hatte auch aggressives Verhalten, ich war sehr ungeduldig, weinerlich. Ja, ich habe das eindeutig gespürt. Es war dann auch innerhalb der ganzen Familie explosive Stimmung. Vor allem war es dann ja schwierig, einen Ausgleich zu finden, Zeit für mich selbst zu finden, die man ja braucht ...“

Die **gesundheitlichen Auswirkungen** bezogen sich vor allem auf emotionale/psychische Probleme, aber auch auf körperliche Beschwerden, zumeist als Folge der finanziellen/existenziellen Belastungen und des Fehlens sozialer Beziehungen, insbesondere des Fehlens von körperlicher Nähe und Unterstützung. Aber auch die Ungewissheit, die Ängste vor einer potenziellen Ansteckung mit dem Coronavirus (auch aufgrund einer Vorerkrankung), Zukunftsängste und die negative Stimmung unter den Menschen führten bei vielen Menschen zu einem hohen Stresslevel, Rückzug, einem Bewegungsmangel, zu Sorgen, Unsicherheiten, Ängsten, Wut und Frustrationen. Die Folgen reichten von zunehmenden Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen über aggressiveres Verhalten, depressive Symptome und Panikattacken bis hin zu schweren Depressionen, fortlaufenden Angstzuständen und Selbstmordgedanken. Auch jene, die im Homeoffice arbeiten konnten, entwickelten mit der Zeit Gefühle wie Isolation und Verkümmern. Aber auch im Zusammenhang mit der eigenen Infektion mit dem Coronavirus bzw. der damit zusammenhängenden Quarantäne berichteten Interviewteilnehmer:innen von erlebten Stigmatisierungen durch das Umfeld und damit einhergehenden psychischen Problemen.

Wenngleich sehr viele Teilnehmende eine zumindest zeitweilige psychische Veränderung feststellen konnten, für die sie aber im Laufe der Zeit meist gute Mechanismen gefunden haben, zeigt die Analyse der Interviews, dass die Beschwerden umso größer sind, je schwieriger die finanzielle, berufliche und soziale Situation der Befragten ist. Die Entlastung ging vielfach erst mit der Reduzierung der Maßnahmen und den damit verbundenen Möglichkeiten einher.

Frau I ist bereits in Pension und war als Kontaktperson ehrenamtlich tätig. Diese Tätigkeit konnte sie aufgrund der Pandemie nicht mehr ausüben. Auch die anderen tagesstrukturierenden Angebote (z. B. Pensionistenklub, Gesundheitsturnen, Tanzen), an denen sie selbst immer teilgenommen hat, sind weggefallen. Die damit verbundenen sozialen Kontakte haben ihr sehr gefehlt, darüber hinaus hat sie drei Kilogramm an Gewicht zugenommen.

Folgende Zitate aus den Interviews veranschaulichen die Auswirkungen der Pandemie:

- » „Ich hatte immer Angst, etwas falsch zu machen.“
- » „Was ich schon bemerkt habe, ist eine Art Sozialphobie. Ich habe noch immer große Probleme, wohin zu gehen, oder in großen Menschenmengen, egal, ob es sich um Konzert- oder manchmal auch Supermarktbesuch handelt. Das hat sich für mich durch die Pandemie

wirklich verschlechtert. Es wird langsam besser, aber damit hatte ich wirklich Schwierigkeiten, das hätte ich (vorher) nicht geglaubt.“

- » „Ich bekam manchmal Panikattacken im Supermarkt – wegen der Maske. Da kam dann das Körperliche dazu. Es war heiß, ich bekam nicht gut Luft.“
- » “I had some medical issues because of all of this stress. Yeah, I couldn't sleep at night. I had never in my entire life, I've never ceased to have sleepless nights, I've never had to take any medication for sleeping and since this period I had to, because sometimes I just don't find sleep. I just can't see because of all the worries that kept coming and I don't even know sometimes, how to cry because tears are not just coming you know.”
- » „Tot, tot, tot. Entsetzlich. Es ist nichts über geblieben von den ganzen Dingen, die ich mir erarbeitet habe. Ich fühle mich gefangen. Es ist psychisch und physisch, für Menschen, die nicht im gesellschaftlichen Leben teilhaben oder im Arbeitsleben sind ... ich habe keine positive Perspektive mehr für die Zukunft. Weil alles kalt wird und unmenschlich, und um in so einer Welt zu überleben, muss man, darf man, keine Gefühle mehr haben.“
- » „My Mom and her [daughter's] test came back positive, that's when I really had a breakdown because I realized, I really put my family in danger.“
- » “Ich bin unheimlich gestresst, so grundgestresst, und da ist diese Unsicherheit, wie geht es weiter ...“

Menschen, die schon vor der Pandemie psychische Probleme hatten, berichteten, dass sich diese im letzten Jahr verschlimmert haben, da neue Sorgen hinzukamen, Tagesstrukturen fehlten, Angehörige verstarben, Traumata erneut erlebt wurden und es keine Ausgleichsmöglichkeiten gab, um wieder Kraft zu schöpfen. Eine der interviewten Personen erzählte beispielsweise, dass sie kurz vor der Pandemie einen Zusammenbruch hatte und daraufhin mit einer Therapie begonnen hatte. Während des ersten Lockdowns sei sie dennoch in ein schwarzes Loch gefallen, was zu einem totalen Rückzug geführt habe. Erst nach Wochen sei es ihr gelungen, mit der Situation umzugehen und die Therapie wieder aufzunehmen. In der Fokusgruppe wurde wiederum berichtet, dass der Lockdown für manche Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch für andere Menschen, die gesellschaftlichen Erwartungen nicht entsprechen können, durchaus auch entlastend war, weil dieser Rückzug gesellschaftlich akzeptiert war.

Frau J arbeitet als Lehrerin, sie war während des ersten Lockdowns mit einem Neugeborenen und einem weiteren Kind zu Hause. Die Eltern waren aus Amerika zu Besuch und saßen in Wien fest, wohnten daher auch bei Frau J. „It was bad ... because I had a huge big existential crisis ... not only because of the pandemic but the George Floyd thing happened.... I was on the edge, I didn't know what to do, meditating wasn't helping anymore because I couldn't focus ... I have a kid that's running around all day and wants my attention ... she keeps me up all night ... I was like, no, no, I'm on the verge of like throwing myself out the window ... I felt a little bit suicidal ... my depression because I suffer from depression, all of it just came back I've been in therapy before, I have the tools to calm my ass down and to reflect, but I couldn't do it anymore I needed someone to help me with this, but therapy was a long time ago.“

Frau J suchte nach einer Therapeutin bzw. einem Therapeuten, fand jedoch in Österreich niemand passenden, weil wenig Erfahrung mit People of Color vorhanden ist und wenig Angebot in anderen

Sprachen (in diesem Fall Englisch). Davon abgesehen waren 120 Euro zu teuer für sie. Letztendlich griff sie auf ein Online-Angebot zurück, das sie jedoch als nicht so hilfreich empfand.

Menschen mit körperlichen Behinderungen berichteten, dass ihre körperliche Leistungsfähigkeit abgenommen hat, da es ihnen nur schwer möglich war, die Wohnung selbstständig zu verlassen und Hilfsdienste nur begrenzt verfügbar waren, insbesondere während des ersten Lockdowns. Viele dieser Menschen waren auch sehr einsam. Eine Frau schilderte, dass sie über Monate hinweg nur einen sozialen Kontakt pro Woche hatte, mit dem sie reden konnte.

In der Fokusgruppe wurde wiederum erwähnt, dass Asylwerber:innen, die in größeren Unterkünften leben, auch von Massenquarantäne betroffen waren. Dies war neben der dadurch erlebten Diskriminierung für alle Betroffenen auch sehr belastend. Im Fall eines besonders großen Quartiers kam es aufgrund eines kleinen Clusters zu einer Evakuierung, die zum Teil drastische Konsequenzen hatte. So konnten z. B. in den ersten Tagen Suchtbehandlungen nicht fortgesetzt werden und in der Folge sind manche infizierte Menschen verschwunden.

Nur wenige der interviewten Personen gaben an, dass sie von der Pandemie nicht beeinträchtigt worden sind bzw. sogar auch positive Aspekte gesehen haben. Dies war z. B. das Umsetzen neuer Denksätze oder das Erlernen von Flexibilität.

Ressourcen bzw. was den befragten Menschen geholfen hat

Das Spaziergehen und der Aufenthalt im Freien waren auch während der Lockdown-Phasen möglich und wurden vom Großteil als wichtigster Ausgleich genannt. Während gerade Menschen, die eher ländlich wohnen oder einen eigenen Garten haben, davon berichten, dass ihnen diese Möglichkeit viel Energie gegeben hat, war dieser Ausgleich für Menschen, die eher im urbanen Bereich leben, nicht so leicht möglich. Es wurden jedoch auch von diesen Personen vermehrt städtische Parks aufgesucht bzw. Wege, die ansonsten per Auto zurückgelegt wurden, als Spaziergang genutzt. Blinde und bewegungseingeschränkte Menschen konnten hingegen aufgrund fehlender Unterstützung oftmals die Wohnungen nicht verlassen und sich im Freien erholen.

Generell wurden unterschiedlichste Möglichkeiten beschrieben, wie sie die Zeit für sich gut nutzen, Struktur schafften und für einen Ausgleich sorgten. Dazu zählen die vielfältigen virtuellen Möglichkeiten, wie das Nutzen von Streamingdiensten, Computerspiele etc., das Praktizieren bzw. Erlernen/Wiederentdecken von Hobbies, wie z. B. Musik oder Sport machen, oder das Sichkummern um lange vernachlässigte Dachböden und Gärten. Befragte mit Familie kümmerten sich verstärkt um diese und setzten Aktivitäten, wie z. B. gemeinsames Kochen, um. Die Co-Forschenden weisen bei den Ausgleichsstrategien aber auch darauf hin, dass es Menschen gibt, bei denen für diese Aktivitäten die finanziellen Mittel fehlen (u. a. auch für Internet und damit Zugang zu Informationen), oder die in ihrer Mobilität zu sehr eingeschränkt seien (z. B. über kein Auto verfügen). Zudem berichten viele, dass ihnen nach einiger Zeit dennoch „die Decke auf den Kopf gefallen sei“ und sie sich sehr gehen ließen. Die Möglichkeit, während der Pandemie weiterzuarbeiten, wurde als großes Privileg empfunden. Neben den finanziellen Auswirkungen, die der Verlust oder die Einschränkung der Arbeit mit sich brachten, war auch das damit verbundene Fehlen einer Tagesstruktur eine wichtige Folge, die sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit auswirkte.

Entsprechend wurde der Erhalt einer gewissen Struktur, nicht nur von jenen Personen, die in ihrem Beruf weiterhin tätig sein konnten, als große Hilfestellung beschrieben, um diese schwierige Zeit zu überstehen.

5.3 Informationen und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Die Art der **Informationsvermittlung** wurde von den Teilnehmenden als eher negativ beschrieben. Sie erlebten sie als emotional, chaotisch und nicht sachlich genug und bemängelten den fehlenden Diskurs und fehlende Erklärungen. In der Folge fühlten sich manche zwar als ausreichend, aber nicht als gut informiert. Gewünscht wurden klare, vollständige, transparente, faktenbasierte, unpolitische und wertschätzende Information und Kommunikation und das Vermeiden widersprüchlicher Aussagen, welche zu Verwirrung führten, als auch Inklusion aller in Österreich lebenden Personen sowie das Vermeiden von Diskriminierung und des Schaffens von Feindbildern. Der Mangel an verlässlichen Informationen zum Virus und zu den Maßnahmen in einfacher und verständlicher Sprache kostete die Menschen sehr viel Zeit. Viele beschrieben, dass sie das Gefühl hatten, die Medien wären nicht ehrlich, die Beiträge zum Teil widersprüchlich und politisch motiviert, und dass es aufgrund vieler unbrauchbarer Informationen schwierig war, sich eine ordentliche eigene und nicht verfälschte Meinung zu bilden. Die Informationen wurden als ehrlicher bzw. nachvollziehbarer bewertet, wenn sie von wissenschaftlicher Seite, also von Fachleuten kamen anstatt von Politikerinnen und Politikern. Einige fühlten sich nahezu „überinformiert“, da die Pandemie auf jeglichen Kanälen lange das einzige Thema zu sein schien, was zu einer Überforderung geführt habe. Daraufhin berichteten einige, im Laufe der Zeit vermehrt auf den Nachrichtenkonsum verzichtet oder sich über Bekannte, welche durch ihren medizinischen Background als Expertinnen bzw. Experten angesehen wurden, informiert zu haben. Zudem wurden die Menge und Verständlichkeit der Informationen vor allem von jenen wenigen Personen als gut beschrieben, die Zugang zu wissenschaftlichen Quellen haben. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass keinerlei Informationen dazu gegeben wurden, wie das eigene Immunsystem gestärkt werden soll, um gesund zu bleiben, oder wo eine Unterstützung verfügbar war.

In der Fokusgruppe wurde zum Thema Information mehrfach betont, dass mehr mehrsprachige Informationen sehr wichtig gewesen wären und dass durch deren Fehlen viel zusätzliche Arbeit (Erklärungen, Übersetzungen) für die Einrichtungen angefallen sei, die mit Menschen mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund in Kontakt sind, da es als Pflicht angesehen wurde, diese „Lücke“ zu füllen. Es gab und gibt weiterhin einen großen Bedarf an Aufklärungsarbeit zum Virus, zur Erkrankung und zur Impfung, aber auch zu den jeweils aktuellen Maßnahmen.

Dementsprechend gaben viele an, die **Maßnahmen** verstanden zu haben, während sie für andere nicht nachvollziehbar, widersprüchlich und unlogisch waren, was größtenteils mit ständigen Änderungen begründet wurde. Dennoch waren die Maßnahmen für die meisten grundsätzlich umsetzbar, d. h. sowohl das Abstandhalten als auch die Inanspruchnahme von Tests und Impfungen. Manche haben den Zugang als sehr einfach empfunden, vereinzelt wurde von Schwierigkeiten bei der Anmeldung zur Impfung berichtet. Im ländlichen Bereich war der Zugang zu Tests deutlich

schwieriger als im städtischen Bereich, was zu Problemen bei der Wahrnehmung von offiziellen Terminen (z. B. beim AMS) führte. Besonders gut wurde der Zugang von im Sozialbereich Tätigen bewertet, wo sich die Testmöglichkeiten und der Zugang zu Impfungen sehr einfach und niederschwellig gezeigt hätten.

Herr K ist sehbehindert und berichtete Folgendes: „Die ganzen Selbsttests sind erstens nicht barrierefrei. Das war halt ein bisschen schwierig immer, und die Teststationen sind halt auch immer irgendwo, wo du halt hinkommen musst oder einen Termin machen musst, und dann musst du halt wieder mit jemandem hin und das ist halt – das war halt immer schwierig.“

Grundsätzlich waren die meisten Teilnehmer:innen der qualitativen Erhebung mit den **Gesundheitsdienstleistungen** zufrieden, sofern diese benötigt wurden. Besonders positiv hervorgehoben wurde beispielsweise, dass Allgemeinmediziner:innen telefonisch gut erreichbar waren und Vieles aus der Ferne geregelt werden konnte (z. B. haben Hausärztinnen und Hausärzte Verordnungen direkt zur Apotheke geschickt, dort wurden die Arzneimittel von den Patientinnen und Patienten abgeholt). Auch wurden die Sicherheitsvorkehrungen und Abläufe in einigen Arztpraxen als sehr positiv empfunden. Grundsätzlich gibt es auch die Tendenz, dass die Notwendigkeit medizinischer Leistungen stärker hinterfragt wird und nur noch in Notfällen eine Ärztin bzw. ein Arzt aufgesucht wird. Auch wurde von manchen erwähnt, dass Vorsorgeuntersuchungen bzw. nicht dringende Kontrollen bei Fachärztinnen oder Fachärzten verschoben wurden. Für einige war der Grund dafür, dass das Gesundheitssystem als ohnehin sehr gefordert betrachtet wurde. Andere wiederum nahmen das Gesundheitssystem genauso in Anspruch wie vor der Pandemie.

Beschrieben wurden aber auch die Eindrücke, dass Ärztinnen und Ärzte überfordert waren, sich mit dem Computer nicht gut auskannten, man teilweise auch nicht so genau untersucht wurde und die Beratungsgespräche sehr kurz ausfielen, da sie Patientinnen und Patienten schnell wieder aus der Praxis haben wollten. Von einer der interviewten Personen wurde berichtet, dass er die PrEP (Präexpositionsprophylaxe) zum Schutz vor HIV während des ersten Lockdowns nicht mehr nehmen konnte, weil alles geschlossen war. Einer anderen Person wurde die von ihr gewünschte stationäre Aufnahme aufgrund eines – laut eigener Angabe – „zu geringfügigen körperlichen Problems“ verweigert, obwohl sie sich aufgrund ihres psychischen Zustands nicht in der Lage sah, dies ohne Hilfe zu Hause zu bewerkstelligen. Sie führte das auf die Überlastung des Gesundheitssystems durch die Pandemie zurück. Eine weitere der interviewten Personen erzählte von einem Schlaganfall und dass trotz der Notwendigkeit, schnell zu handeln, zuerst ein Coronatest gemacht und das Ergebnis abgewartet wurde. Probleme wurden aber vor allem auch bei einem Verdacht auf eine COVID-19-Infektion oder bei Fragen dazu geäußert.

Einige Interviewpartner:innen äußerten die größte Kritik, bezogen auf das Gesundheitssystem, in Hinblick auf die mangelnde Information und Hilfestellung während der Quarantäne sowie auch während einer durchgemachten COVID-19-Erkrankung. Hier fehlten beispielsweise Informationen über den Erkrankungsverlauf und die zu erwartenden Symptome, auch darüber, wann eine Vorstellung im Krankenhaus notwendig ist, oder über die Dauer der Quarantäne sowie Testmöglichkeiten und das Verhalten während der Quarantäne, aber auch über Möglichkeiten zur Unterstützung bei notwendigen Besorgungen (von Nahrungsmitteln, Medikamenten etc.) während der Quarantänezeit. Auch hier wurde besonders die nicht ausreichende Verfügbarkeit von

anderssprachigen Informationen bemängelt. Das Gesundheitstelefon 1450 sei oftmals nicht erreichbar gewesen bzw. gab es sehr lange Wartezeiten, missverständliche und widersprüchliche Auskunft und wenig Verständnis für die Unsicherheiten der Anrufenden.

Drei von vier Menschen, die an der **Kurzerhebung** teilgenommen haben, fühlten sich ausreichend informiert, auf 25 Prozent der Teilnehmenden traf dies jedoch nicht zu. Schwierig war die Informationsgewinnung vor allem für Menschen, die keinen Zugang zu Radio, Fernsehen oder Internet haben, sowie für nicht IT-affine Personen und Personen mit einer (Seh-)Behinderung oder kognitiven Beeinträchtigung. Letztere beklagten sich v. a. über nicht barrierefreie/lesbare Dokumente und verwiesen beispielsweise auf nicht barrierefreie Websites zur Anmeldung zu Coronatests und Impfungen sowie auf Schwierigkeiten mit der Handhabbarkeit der Gurgeltests oder anderer Selbsttests. Menschen, die mit dem Internet nicht so vertraut sind, hatten auch zahlreiche Erschwernisse im Alltag (z. B. Versorgung mit Lebensmitteln und Medikamenten) und mit der gesundheitlichen Versorgung.

5.4 Notwendigkeiten, Ideen und Anregungen für zukünftige Krisen

Informationsvermittlung

Im Bereich der Kommunikation und Information bzgl. Virus, Maßnahmen und der konkreten Umsetzung im Alltag gibt es großes Verbesserungspotenzial. So muss in erster Linie sichergestellt werden, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu seriösen Informationsquellen hat und spezielle Zielgruppen auch tatsächlich erreicht werden (z. B. ausländische Studierende, Asylwerber:innen, Obdachlose, ältere allein lebende Menschen). Als positives Beispiel wurde ein mehrsprachiger Brief eines Bürgermeisters aus der Steiermark erwähnt, der sich v. a. an ältere Menschen in seiner Gemeinde richtete und sehr viele positive Reaktionen erzeugte. In der Folge wurde eine mehrsprachige Erhebung durchgeführt ebenfalls unter großer Beteiligung der Adressierten.

Konkrete Empfehlungen zur Informationsvermittlung beinhalten:

- » zentrale Informationsquelle mit vollständigen, nachvollziehbaren und aktuellen Informationen
- » klare Unterscheidung von Expertenmeinung und politischer Meinung sowie Verzicht auf politische Versprechungen
- » Informationen zur Langzeitperspektive
- » mehrsprachiges Informationsmaterial zu allen Aspekten und gezielte Verbreitung (auch auf lokaler Ebene)
- » erreichbare Telefonhotline, v. a. auch für ältere Menschen
- » systematische Informationsvermittlung per Brief oder Aushang
- » Telekonferenzen/Telefonketten könnten jenen helfen, die keinen Zugang zu Internet haben, nicht lesen können oder nicht mobil sind etc.
- » Infoboxen mit persönlicher Auskunft und Weitervermittlung zu verschiedenen Themen (Virus, Maßnahmen, Gesundheit, Freizeit, Notversorgung, Spenden, Härtefallfonds, ...); diese

könnten bei den Impf-/Testboxen aufgestellt werden und sollen zu definierten Zeiten auch Auskunft in verschiedenen Sprachen anbieten.

- » Eine Liste mit den verschiedenen Unterstützungsangeboten (Hilfseinrichtungen) sollte an möglichst vielen öffentlichen Stellen plakatiert werden bzw. in den öffentlichen Verkehrsmitteln auf den Bildschirmen laufen. Diese Angebote sollten Sach- und Geldspenden umfassen, aber auch psychosoziale Angebote.
- » Fireside Chats (live und per Zoom), Town Hall Meetings etc. würden die Möglichkeit für einen offenen Austausch bieten. Damit könnte den Falschinformationen entgegengewirkt und die Akzeptanz bei den Menschen erhöht werden. Die beteiligten Politiker:innen würden dadurch die Ängste der und die Auswirkungen auf die Bevölkerung mitbekommen.

Schutzmaßnahmen

Adäquate Schutzmaßnahmen müssten von staatlicher Seite entweder weiterhin kostenlos angeboten werden (Coronatests/Impfungen) oder auch verbessert sowie vermehrt und vereinfacht angeboten werden.

Konkrete Ideen sind:

- » „Maskenspender“ vor Einzelhandel/Behörden/Gesundheitseinrichtung (frei zugänglich und kostenlos)
- » berufsbedingtes dauerhaftes Maskentragen: regelmäßige Maskenpausen zur Regeneration
- » FFP-2-Masken als Standard für alle
- » Beibehalten des Angebots von kostenlosen, breit verfügbaren Tests auch im ländlichen Bereich mit mehrsprachigen Testanleitungen
- » grundsätzlicher Ansatz: Maßnahmen sollen mich und andere schützen. NICHT: Durch die Maßnahme bekomme ich mein Leben zurück.
- » Regeln nicht zu häufig wechseln (v. a. zum Mund-Nasen-Schutz)

Zivilgesellschaftliches Engagement

Vielen Menschen war es ein Anliegen, ihre Mitmenschen in dieser Zeit zu unterstützen, sei es durch intensive, persönliche Gespräche in der Familie, unter Freundinnen bzw. Freunden und zwischen Kolleginnen und Kollegen, sei es durch konkrete Unterstützungsleistungen. Diese Möglichkeit zur sozialen Interaktion/Hilfeleistung muss auch bei einem Lockdown (legal) möglich sein. Dazu braucht es eine Koordination, z. B. über eine Bezirksrätin oder einen Bezirksrat, Akteurinnen und Akteure auf Gemeindeebene oder über NGOs. Konkrete Ideen wären das Schaffen einer Freiwilligenkette oder das Einbinden von Menschen in die Gesundheitshotline (erste Ansprechperson, die die Menschen abholt und entsprechend weitervermittelt – Informationsbedarf, Versorgungsbedarf etc.). Besonders berücksichtigt werden sollen Kinder, Jugendliche und ältere allein lebende Menschen bzw. Menschen, die Hilfe im Alltag benötigen.

Es müssen Möglichkeiten dafür geschaffen werden, dass die Freizeit unbeschwert sein kann und tatsächlich Raum für Erholung/Entlastung bietet.

Hinsichtlich der zukünftigen Einbindung in Entscheidungen waren die Antworten sehr divers, einige würden dies grundsätzlich befürworten und gehen davon aus, dass dadurch einiges besser gemacht werden könnte. Andere hingegen möchten diese Verantwortung nicht übernehmen und finden das zu schwierig oder meinen, dass das eher die Menschen entscheiden sollen, die auch die notwendigen Hintergrundinformationen haben.

Herr L ist sehbehindert, hat Einschränkungen aufgrund der mangelnden Barrierefreiheit erlebt und hätte gerne Tipps gegeben: „Aber so eingebunden, dass man halt vielleicht so Tipps geben kann oder so sagen kann, was für einen jetzt so in so einer Situation die beste Lösung wär, das wär auf jeden Fall cool gewesen. Ja, also zum Beispiel die Hotline, die Corona-Hotline, die 1450. Da hätten sie von Anfang an viel mehr Leute einstellen müssen Weil einfach keiner, glaub ich, Lust hat eine Stunde, wenn er nicht weiß ... ok, jetzt hast mit jemandem Kontakt gehabt und du musst dich eben testen lassen, und dann musst ja die 1450 anrufen und dann noch eine Stunde in der Warteschleife zum Beispiel hängen. Ist schwierig und eventuell dann sogar noch eine Antwort zu kriegen wie: ‚Ja, nein, Sie werden jetzt nicht getestet‘, und du kannst dich aber sonst eigentlich auch nirgends testen, weil sie dich alle irgendwie ablehnen oder irgendwie falsche oder komische Informationen kriegt. Das hätten sie weitaus besser machen können, ja.“

Unterstützungsleistungen

Um soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten zu vermeiden und psychische Belastungen abzufedern, braucht es umfassende Unterstützungsleistungen, die anerkennen, dass sich viele in einer schwierigen Situation befinden, und nicht stigmatisierend sein dürfen. Konkret kann Folgendes empfohlen werden:

- » Um finanziellen Notlagen vorzubeugen, sollten finanzielle Unterstützungsleistungen schnell und unkompliziert zu beantragen sein und ausbezahlt werden (z. B. einkommensabhängiger und nicht zweckgebundener „Notfalltausender“ als Soforthilfe). Eine Überprüfung könnte dann rückwirkend erfolgen mit allfälliger Rückzahlung bei Nichterfüllung der Kriterien. Finanzielle Hilfen sollten die Lebenshaltungskosten decken können.
- » Beratungs- und Unterstützungsleistungen für die Inanspruchnahme von finanziellen Hilfen, v. a. für Menschen, die bisher keine Erfahrungen damit gemacht haben
- » Organisation von ausreichend Sachspenden (z. B. Lebensmittelgutscheine)
- » Delogierungen sollten ausgesetzt und bei Mietschulden sollte geholfen werden.
- » Mietminderung für Menschen mit Einkommensverlusten
- » Um die psychische Gesundheit zu stärken, sollten (auch für Kinder) niederschwellige und kostenlose psychosoziale Angebote ausgebaut und mehr Möglichkeiten für telefonische Krisenintervention geschaffen werden. Dafür könnten auch „Schecks“ ähnlich wie die „Gastro-schecks“ in Wien ausgegeben werden.
- » genügend Sozialarbeiter:innen, Heimhelfer:innen und Assistenzen, die psychische und emotionale Hilfestellungen leisten können; dazu braucht es auch entsprechende Kinderbetreuungsmöglichkeiten, damit es nicht zu Personalengpässen/-ausfällen kommt.
- » Lösungen finden, damit Menschen in der Pandemiesituation nicht alleingelassen werden und ohne Möglichkeit zur Kommunikation sind.

- » Bereitstellen von alternativen und kreativen Freizeitmöglichkeiten (outdoor, im Park, ...), auch für Menschen mit Einschränkungen. Damit könnte auch eine Beschäftigungs- und damit Einkommensmöglichkeit geschaffen werden, z. B. für Künstler:innen.
- » Möglichkeiten der kostenfreien Kinderbetreuung, v. a. für berufstätige Familien und Allein-erziehende
- » Supervision/Intervision in der Arbeit, regelmäßige Gespräche in der Arbeit über die aktuelle Situation und auch über die eigenen Gefühle und Ängste

Gesundheitliche Versorgung

Die Menschen brauchen grundsätzlich einen kostenlosen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, auch wenn sie nicht versichert sind – dies ist vor allem während einer Pandemie von Bedeutung, wenn Tests, Impfstoffe und möglicherweise auch medizinische Eingriffe erforderlich sind. Blinde oder sehbehinderte Menschen benötigen einen barrierefreien Zugang zu Informationen, Impfungen und Testungen. Außerdem braucht es einen einfachen Zugang zu Verordnungen und Rezeptverschreibungen.

Es wird auch empfohlen, das Gesundheitspersonal zu entlasten und in der Digitalisierung der Gesundheitsleistungen zu unterstützen, damit die Qualität der Hilfeleistung auf hohem Niveau gehalten werden kann.

Nicht nur die Mitarbeiter:innen im Gesundheitssystem, sondern alle, die das Land am Laufen gehalten haben, sollten entsprechend honoriert werden.

6 Datenlage

Wie in Kapitel 3 bereits ausgeführt, ist in der COVID-19-Pandemie von einem komplexen Zusammenspiel sozialer und gesundheitlicher Faktoren auszugehen, das zu einer Verstärkung der sozialen Benachteiligung und einer Vergrößerung der gesundheitlichen Ungleichheit führt (Syndemie). Grundsätzlich kann hierbei von kumulierenden Effekten ausgegangen werden, die durch das Zusammenspiel ungünstiger Faktoren entstehen (vgl. Abb. 3.1). Diese sozialen Faktoren spielen eine zentrale Rolle im Pandemiegeschehen, wurden aber bisher in Österreich kaum oder nur begrenzt untersucht. Meist wurden dafür eigene Studien durchgeführt und nur selten vorhandene Daten genutzt.

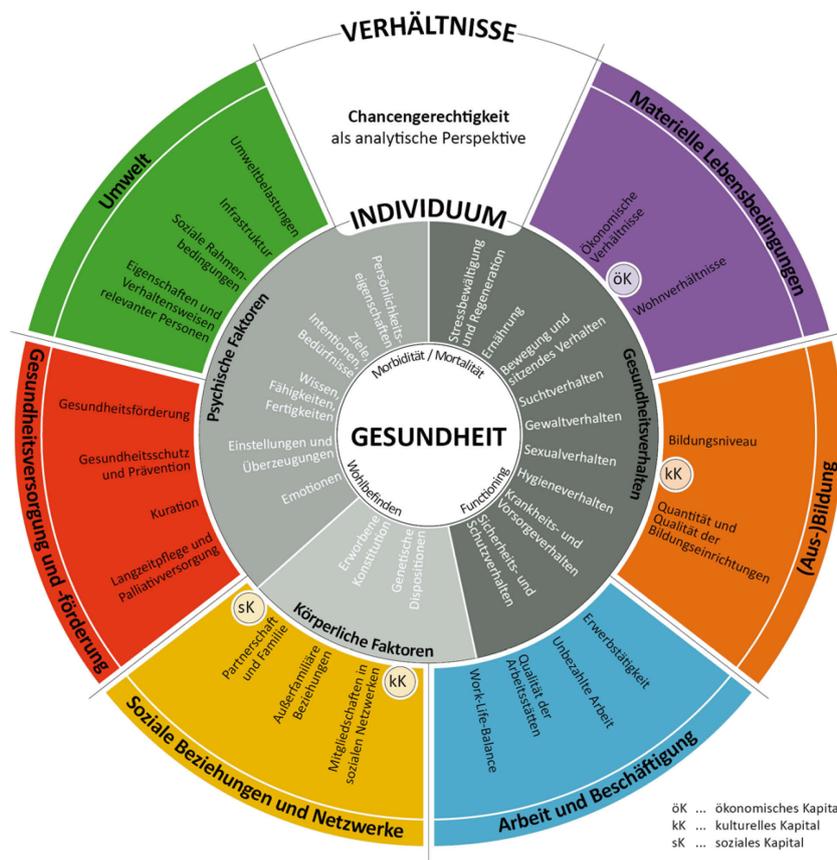
Die direkten und unmittelbar durch COVID-19 verursachten Gesundheitsfolgen können an der COVID-19-Inzidenz, den COVID-19-bedingten Hospitalisierungen und Sterbefällen und an Long-COVID-Fällen abgelesen werden (vgl. Kap. 6.1). Indirekte Gesundheitsfolgen (vgl. Kap. 6.2), die sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit betreffen, sind hingegen durch Veränderungen in der Lebenssituation und im Gesundheits-, Risiko- und Krankheitsverhalten verursacht. Vor dem Hintergrund des Public Health Monitoring Framework der GÖG (vgl. Abbildung 6.1), das relevante Determinanten der Gesundheit gruppiert (Griebler et al. 2020), können diese indirekten Gesundheitsfolgen beispielsweise durch folgende Lebensbedingungen bzw. Auswirkungen der Pandemie (vgl. auch Kap. 3, 4 und 5) bedingt sein:

- » Einkommensverluste,
- » beengte Wohnverhältnisse in Kombination mit Lockdowns, Ausgangssperren, Homeoffice und Homeschooling,
- » Bildungsverluste durch Homeschooling und Distance Learning,
- » Jobverlust und damit einhergehende Folgen (Sinnverlust, Verlust von Sozialkontakten, Einkommensverluste etc.),
- » erschwerte Arbeitsbedingungen (Druck, Stress, Einhaltung der Schutzmaßnahmen etc.),
- » verringerte (physische) Sozialkontakte (Social Distancing),
- » eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (z. B. in puncto Vorsorge, Versorgung, Rehabilitation),
- » eine verstärkte Exposition gegenüber Belastungsfaktoren im unmittelbaren Wohnumfeld (Umweltbelastungen und soziale Belastungen),
- » Änderungen im Gesundheits- und Risikoverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum, Schlafverhalten, Stressmanagement etc.).

Damit geraten alle Faktoren in den Fokus, die auch routinemäßig in einem Public-Health-Monitoring von Interesse sind (Griebler et al. 2017), da die Pandemie letztlich alle Lebensbereiche durchdringt.

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit der Frage, wie diese Dynamik bzw. diese Zusammenhänge zwischen sozialen und gesundheitlichen Faktoren in Österreich datenbasiert beobachtet und untersucht werden können.

Abbildung 6.1:
Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



Quelle: Griebler et al. (2020)

6.1 Direkte Gesundheitsfolgen der Pandemie

Internationale Studien und Analysen zeigen, dass auch in der COVID-19-Pandemie eine Verwobenheit von Pandemiegeschehen mit sozioökonomischen Faktoren zu beobachten ist. Auch für Österreich stellt sich daher die Frage, ob Personen, die z. B. bestimmten Berufsgruppen/Branchen angehören, über niedrige formale Bildungsabschlüsse verfügen, sich in einer finanziell angespannten Situation befinden oder von Armut betroffen sind, einen Migrationshintergrund / eine Migrationsbiografie aufweisen, aus bestimmten Herkunftsländern kommen, häufiger an COVID-19 erkranken, öfter einen schweren COVID-19-Verlauf haben und ins Krankenhaus müssen und öfter an oder mit COVID-19 versterben und ob es bei den letzten beiden Punkten einen Zusammenhang mit bestätigten Risikofaktoren und relevanten Komorbiditäten gibt.

Die Daten, die diesbezüglich für Österreich zur Verfügung stehen, ermöglichen in diesem Zusammenhang Analysen, die Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und teils das Geburtsland

(Todesursachenstatistik) berücksichtigen. Da die einzelnen Datenkörper (EMS-Daten, Diagnosedaten im stationären Bereich, Todesursachenstatistik) aber aktuell nicht miteinander und auch nicht mit anderen Daten (z. B. zu Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit) verknüpft sind, können zu den oben gestellten Fragen nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden. Zum Beispiel kann gezeigt werden, dass Menschen mit bestimmten Nationalitäten sich häufiger mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert haben, öfter aufgrund von COVID-19 im Krankenhaus waren (vgl. auch Kap. 4.4) und häufiger an oder mit COVID-19 verstorben sind als Personen mit einer österreichischen Staatsbürgerschaft und Menschen anderer Nationalitäten. Vertiefende Analysen, ob dies beispielsweise auf die Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen oder Branchen zurückzuführen ist, sind aber nicht möglich.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren wie Bildung und Einkommen können derzeit vorrangig auf Basis regionaler Korrelationen untersucht werden (vgl. auch Kap. 4.10), die Hinweise darauf geben, dass Regionen mit einem durchschnittlich niedrigeren Bildungs- und Einkommensniveau höhere COVID-19-Infektionsraten, -Hospitalisierungsraten und -Sterberaten aufweisen als Regionen mit einem besseren sozioökonomischen Profil. Vereinzelt geben auch Studien Hinweise in diese Richtung, wie z. B. die Gurgelstudie bei 6- bis 14-Jährigen zur Prävalenz von COVID-19 in Volksschulen, Mittelschulen und AHS-Unterstufen, die einerseits Prävalenzzahlen für Kinder und Jugendliche liefert, die oft asymptomatisch sind, und andererseits einen sozioökonomischen Zusammenhang verdeutlicht, indem Schulen mit einem höheren Sozialindex (Benachteiligungsindex) eine höhere COVID-19-Prävalenz aufweisen (vgl. Kap. 4.1). Die Prävalenzstudien der Statistik Austria (Statistik Austria 2021a) ermöglichen Rückschlüsse über die SARS-CoV-2-/COVID-19-Prävalenz und damit auf die Dunkelziffer, aber aufgrund der geringen Zahl der COVID-19-Fälle in der Stichprobe keine Analysen zu sozioökonomischen Hintergrundfaktoren.

Zusammenhänge mit Bildung, Einkommen, Berufsgruppen- und Branchenzugehörigkeit könnten auf Basis von Individualdatensätzen durch eine Verknüpfung der Gesundheitsdaten (EMS-Daten, Diagnosedaten im stationären Bereich, Todesursachenstatistik) mit Sozialversicherungsdaten oder dem Bildungsregister ermittelt werden. Dass dies nicht geschieht, ist mehr eine rechtliche als eine technische Frage. Entsprechende Bestrebungen werden oft mit dem Datenschutzargument problematisiert, wobei die Erfahrungen in anderen Ländern (z. B. Großbritannien, skandinavische Länder) zeigen, dass es dafür inzwischen durchaus gute Lösungen gibt.

Die Frage, ob es in bestimmten Branchen und Berufen ein höheres Infektionsrisiko gibt als in anderen, hätte durch eine Verknüpfung von EMS-Daten mit Sozialversicherungsdaten beantwortet und fortlaufend beobachtet werden können. Diese Informationen hätten datenbasierte Entscheidungen über Öffnungen und Schließungen bestimmter gesellschaftlicher Bereiche ermöglicht und zudem aufgezeigt, in welchen Bereichen Präventionskonzepte nachzuschärfen gewesen wären. Mangels dieser Möglichkeit war man in diesem Zusammenhang auf eigene Erhebungen angewiesen (vgl. Kap. 4.7), die gezeigt haben, dass die Bereiche Bildung, Handel und Gesundheit/Pflege zu den Hochrisikobereichen zählen, vor allem weil hier ein erhöhtes Expositionsrisiko besteht (IHS 2021).

Inwieweit Komorbiditäten im Krankheitsverlauf eine Rolle spielen, kann derzeit nur auf Basis stationärer Diagnosedaten untersucht werden, da es in Österreich bislang keine Diagnosen-

dokumentation im extramuralen (ambulanten/niedergelassenen) Bereich gibt. Die Komorbiditätsanalysen sind daher auf Krankheitsinformationen aus dem stationären Bereich beschränkt. Komorbiditätsanalysen wären aber auch auf Basis der Todesursachenstatistik möglich, die vor wenigen Jahren auf eine multikausale Todesursachendokumentation umgestellt wurde. Auch Medikationsdaten (e-Medikation) können unter Umständen in Kombination mit Infektions- und Hospitalisierungsdaten für Komorbiditätsanalysen genutzt werden.

Impfen, Präventionsverhalten, Akzeptanz der Gegenmaßnahmen

Auch beim Thema Impfungen wäre es spannend, zu wissen, welche Bevölkerungsgruppen seltener eine COVID-19-Impfung in Anspruch nehmen, um beispielsweise zielgerichtete Kommunikationsstrategien zu entwickeln. Es würde auch eine Analyse ermöglichen, anhand welcher (sozialen) Faktoren geimpfte Personen charakterisiert werden können, die trotz Impfung an COVID-19 erkrankt sind. Dies wäre über eine Verknüpfung der e-Impfdaten mit den bereits zuvor erwähnten Gesundheitsdaten möglich. Aktuell wird der Impfstatus der aufgrund von COVID-19 hospitalisierten Personen bei den Krankenanstalten erhoben.

Aussagen zur Impfbereitschaft (vgl. auch Kap. 4.10), die über Alter und Geschlecht hinausgehen, können ausschließlich auf Basis sozialwissenschaftlicher Erhebungen beantwortet werden, wie z. B. anhand einer Dreiwellenerhebung zur coronabezogenen Gesundheitskompetenz im Jahr 2020 oder anhand des Austrian Corona Panels (Universität Wien 2021a) oder regelmäßig durchgeführter Gallup-Umfragen, die seit Pandemiebeginn fortwährend Daten zur Impfbereitschaft erheben und Analysen zu sozialen Hintergründen liefern.

In diesen und in anderen Erhebungen (z. B. der AUSSDA 2021; UHasselt 2021) wurden auch Informationen zum Präventionsverhalten der Bevölkerung und zur Akzeptanz der gesetzten Eindämmungsmaßnahmen abgefragt. Diesbezüglich liegen spannende Daten vor, die aber aufgrund der Stichprobengröße oft tiefergehende Analysen nicht ermöglichen oder aber – in puncto Stichprobe und Repräsentativität – mit einem Selektionseffekt behaftet sind, da es sich um Online-Erhebungen handelt.

6.2 Indirekte Gesundheitsfolgen der Pandemie

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden wurden in einer Reihe von Studien untersucht, die sich auf Kinder und Jugendliche oder auf die Erwachsenenbevölkerung beziehen. Dazu zählen:

- » Studien der Donau-Universität Krems (DUK 2021a; DUK 2021b; DUK 2021c), die einen Anstieg der Prävalenz von Depressions-, Angst- oder Schlaflosigkeitssymptomen zeigen, verstärkt bei Frauen, Menschen auf Arbeitssuche, Personen mit einem Niedrigeinkommen oder allein lebenden Menschen, und eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kap. 4.8),

- » Untersuchungen der Universität Wien - Fakultät für Psychologie (Universität Wien 2021b), die sich mit dem Thema „Lernen unter COVID-19“ beschäftigen und eine zunehmende psychische Belastung der Schüler:innen, Lehrer:innen und Eltern beschreiben (vgl. Kap. 4.6),
- » Erhebungen vom Zentrum für Soziale Innovation (Holtgrewe et al. 2021) zum Thema „Lernen im Ausnahmezustand“, die gezeigt haben, dass insbesondere Schüler:innen aus weniger qualifizierten Familien, Schüler:innen mit nichtdeutscher Muttersprache und mit alleinerziehendem Elternteil sowie Mädchen und junge Frauen von Überforderung und Schwierigkeiten bei den Aufgaben berichteten (vgl. Kap. 4.6),
- » Studien der Medizinischen Universität Wien (Simon et al. 2020b).

Diese Ad-hoc-Erhebungen sind eine gute Möglichkeit, Daten zur psychischen Situation und zu pandemiespezifischen Belastungen (z. B. Homeschooling, Social Distancing) zu erheben. Einige dieser Studien sind mit entsprechenden Datensätzen im Austrian Social Science Data on Coronavirus Disease (AUSSDA; <https://aussda.at>) verfügbar.

Darüber hinaus wären in diesem Zusammenhang aber auch administrative Daten/Routinedaten, z. B. Diagnosen im niedergelassenen Bereich und Register zu bestimmten Erkrankungen, hilfreich, um ein epidemiologisches Bild zu zeichnen. Auch fehlt es in Österreich an Kohortenstudien, die Entwicklungen im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten in Verbindung mit sozialen Faktoren sichtbar machen könnten. Auf einer jährlichen Basis werden (selbstberichtete) Gesundheitsdaten in Verbindung mit sozialen Faktoren, wie Bildung und Einkommen, nur im Rahmen von EU-SILC erhoben. Hier könnte sich also zeigen, welche Auswirkungen die Pandemie auf die selbst eingeschätzte Gesundheit unterschiedlicher Bildungs- und Einkommensgruppen hatte im Vergleich zu den Jahren vor der Pandemie.

Ebenfalls schwer in Daten zu fassen ist der Einfluss der Pandemie auf die sozial-emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern z. B. im Kindergartenalter, weil auch hier österreichweite, vergleichbare und zentral erfasste Daten fehlen.

Relevant in puncto Prävention und Gesundheitsförderung sind auch Informationen zum Gesundheits- und Risikoverhalten während der Pandemie sowie zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Vereinzelt gibt es auch hierzu Erhebungen, wie z. B. eine repräsentative Onlinebevölkerungsumfrage zu Konsumgewohnheiten und -motiven in Bezug auf Alkohol, Tabak und illegale Drogen sowie zu Glücksspiel und Computerspielen (Kompetenzzentrum Sucht 2020) oder eine Onlineumfrage zum Thema Ernährung und Lebensstil in der Corona-Krise (Allianz 2020).

Gesundheitsversorgung

Ein negativer Effekt auf die Gesundheit der Bevölkerung könnte aber auch durch eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (vermehrt im 1. Lockdown aufgetreten) oder durch unerfüllte medizinische Behandlungsbedarfe während der Pandemie (z. B. in Bezug auf psychische Probleme) entstehen (vgl. Kap. 4.10). Auch kann eine Reduktion der Dienstleistungsangebote und Besuche der häuslichen Pflegedienste negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit der Klientinnen und Klienten gehabt haben und negative Effekte auf Angehörige, die Pflege- und Betreuungsleistungen übernehmen mussten (vgl. auch Kap. 5.3).

Grundsätzlich sollten auf Basis von Sozialversicherungsdaten Aussagen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und zahnmedizinischen Leistungen in Verbindung mit sozioökonomischen Merkmalen möglich sein. Der e-Impfpass wird zukünftig Aussagen zur Inanspruchnahme von Impfungen ermöglichen, idealerweise verknüpft mit sozioökonomischen Datenbeständen. Relevant wären auch Informationen zu verschobenen Behandlungen (z. B. Operationen) und zu den damit einhergehenden Gesundheitsfolgen.

Aussagen zum Ausmaß nicht erfüllter medizinischer Behandlungsbedarfe können auf Basis der jährlichen EU-SILC-Erhebung getroffen werden. Allerdings unterschätzt EU-SILC den ungedeckten Behandlungsbedarf, wie ein Vergleich mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (bezogen auf Daten vor der Pandemie) zeigt. Mit Bezug auf die COVID-19-Pandemie wird der ungedeckte Behandlungsbedarf im Rahmen einer repräsentativen Panelstudie bei Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter eruiert (IHS 2021). Die Studie macht deutlich, dass unerfüllte Behandlungsbedarfe während der Pandemie stark angestiegen und dass Menschen mit finanziellen Problemen häufiger davon betroffen sind (vgl. Kap. 4.10).

Soziale und sozioökonomische Folgen der Pandemie

Um die indirekten gesundheitlichen Auswirkungen, aber auch die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie besser abschätzen zu können, braucht es Daten (zumindest auf einer jährlichen Basis) zu gesundheitsbezogenen Verhältnisdeterminanten, wie z. B. zur Erwerbstätigkeit (Jobverlust/Arbeitslosigkeit, Arbeitszeitreduktion), zur finanziellen Situation der Menschen (Einkommenseinbußen, Armutsgefährdung), zur Wohnsituation (Delogierungen) und zur Häufigkeit (persönlicher) sozialer Kontakte, um auch Fragen der Vereinsamung nachgehen zu können. Im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie können so pandemiebedingte Veränderungen aufgezeigt werden und gesundheitliche Folgen abgeschätzt werden.

In puncto Arbeit, Einkommen, Armut und Wohnen bieten sich die jährlich durchgeführten EU-SILC- und Arbeitskräfteerhebungen an. Sie liefern wichtige Grunddaten (z. B. Daten zur Armutsgefährdung), die im Trend betrachtet werden können. Darüber hinaus geben auch die Daten des AMS, die auch Auswertungen nach Alter, Geschlecht, höchstem Bildungsabschluss und Migrationshintergrund erlauben, einen guten Einblick in die Entwicklungen am Arbeitsmarkt. Daten der Sozialversicherungsträger oder die Einkommensteuerstatistik der Statistik Austria müssten zudem Veränderungen im Einkommen (z. B. Einkommensverluste) während der Pandemie nachzeichnen können. Auch eine vermehrte Inanspruchnahme von Angeboten der sozialen Sicherheit/Absicherung (z. B. spezifische Transferleistungen) lassen Rückschlüsse zu finanziellen Notlagen zu.

Auswirkungen von Homeoffice, erschwerten Arbeitsbedingungen durch Schutzmaßnahmen, Homeschooling / Distance Learning, von Schwierigkeiten in der Vereinbarkeit von Beruf und privaten Aufgaben (insb. Sorgearbeit), beengten Wohnverhältnissen während der Lockdowns (z. B. eine Zunahme an Gewalt) sind Gegenstand eigener Untersuchungen und Studien, die in diesem Kapitel teils schon genannt wurden (Austrian Corona Panel, AKCOVID-Studie, Lernen unter COVID-19) und in den Literaturanalysen (vgl. Kap. 4) berücksichtigt sind. Sie zeigen die Verwobenheit mit der sozioökonomischen Situation der Menschen und Familien auf, z. B. erschwertes Homeschooling bei unzureichenden finanziellen Ressourcen für Computer und Internet und beengten

Wohnverhältnissen oder hohe Arbeitsbelastungen bei Frontline-Arbeiterinnen bzw. -Arbeitern (hohe Arbeitsintensität, atypische sowie teils überlange Arbeitszeiten, Schutzmaßnahmen).

6.3 Resümee

Abgeleitet von den Analysen zur Datenlage und den Diskussion und Konsultationen in den Daten-Workshops können folgende Schlussfolgerungen formuliert werden:

Fehlende Daten: Wie die Pandemie gezeigt hat, fehlen in Österreich relevante Daten (Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich, Register, Kohortenstudien etc.), die während einer Pandemie, aber auch ansonsten wichtig wären. Die Pandemie zeigt hier sehr deutlich die Versäumnisse der Vergangenheit auf.

Fortlaufende Daten: Um die Folgen einer Pandemie abschätzen zu können, braucht es fortlaufende und regelmäßige Daten, um durch Vorher-Nachher-Vergleiche Veränderungen und Entwicklungen sichtbar machen zu können.

Verknüpfung von Daten: Schon vor der Pandemie war es nur eingeschränkt möglich, Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit mit einer soliden Datenbasis abseits von Surveydaten zu beantworten. Diese Situation hat sich während der Pandemie kaum geändert, wenngleich die Pandemie vielleicht mehr Dynamik in manche Diskussionen und Vorhaben gebracht hat. Eine Verknüpfung von Gesundheitsdaten mit sozioökonomischen Daten würde deshalb nicht nur in Pandemiezeiten, sondern auch insgesamt ein umfassenderes Population-Health-Monitoring ermöglichen. Hier scheinen vor allem rechtliche Grundlagen und die weiterführende Klärung von Datenschutzfragen notwendig (siehe oben).

Blinde Flecken: Nicht nur vor, sondern auch während der Pandemie gibt es bestimmte Bevölkerungsgruppen, über die man wenig bis gar nichts weiß. Dazu zählen Kinder bis zu zehn Jahren, Menschen mit Behinderungen, obdachlose und wohnungslose Menschen und Menschen in Institutionen (Pflegeheimen, betreuten Wohneinrichtungen, Gefängnissen).

Studien: Um diese Datenlücken zu schließen und um pandemiespezifische Themen und Fragestellungen beleuchten zu können, wurden einige Studien durchgeführt, wobei nur wenige davon Daten im Verlauf der Pandemie gesammelt haben. Auch sie stehen (wie die administrativen) Daten unverbunden und inhaltlich nicht aufeinander abgestimmt nebeneinander und hätten koordiniert vermutlich einen höheren Informations- und Wissensgewinn möglich gemacht. Hier fehlen Strukturen und Netzwerke, die eine rasche Koordination und kooperative Finanzierung möglich machen. Die meisten dieser Studien basieren auf teils kleinen, nicht repräsentativen Stichproben (Online-Erhebungen), die sozial benachteiligte Gruppen und insb. Menschen in prekären Lebensumständen schlecht abbilden und vertiefende Analysen in Bezug auf sozioökonomische Faktoren nicht ermöglichen. Einige dieser Studien stehen mit entsprechenden Datensätzen auch anderen Forscherinnen und Forschern im Austrian Social Science Data on Coronavirus Disease (AUSSDA; <https://aussda.at>) zur Verfügung.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

In der COVID-19-Pandemie haben sich sehr deutlich soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in der (österreichischen) Bevölkerung gezeigt. Die Pandemie hat den Charakter einer Syndemie: Die Infektionskrankheit COVID-19 interagiert mit bestehenden sozialen Ungleichheiten bei chronischen Krankheiten und den sozialen Determinanten von Gesundheit und verschärft diese noch. Die Pandemie legt damit die bestehenden Ungleichheiten offen, verstärkt diese aber auch zusätzlich, sofern nicht gezielt entgegengewirkt wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Jede Krise bringt aber auch Chancen mit sich. Die stärkere Sichtbarkeit des Einflusses sozioökonomischer Determinanten auf die Gesundheit könnte eine solche Chance sein. Darüber hinaus können Lernerfahrungen dieser Pandemie dafür genutzt werden, sich auf zukünftige Public-Health-Krisen (weitere Pandemien, Gesundheitsauswirkungen des Klimawandels oder eines Blackouts etc.) besser vorzubereiten. Die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen möchten diesbezüglich einen Beitrag leisten und skizzieren wichtige Anregungen vor dem Hintergrund dieser Arbeit.

„Equity im Fokus“: Die Berücksichtigung der sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit und der Aspekt der Chancengerechtigkeit müssen strukturell verankert und integrativer Bestandteil von Strategien, Plänen und Maßnahmenkonzepten sein. Bezogen auf Public-Health-Krisen bedeutet dies, dass die spezifische Expertise und Perspektive in Krisenstäben auf nationaler und regionaler Ebene vertreten sein sollte und dieser Fokus auch in Krisenplänen abgebildet sein sollte (vgl. z. B. Burström/Tao 2020). Auch bei der insbesondere in Krisensituationen notwendigen laufenden Reflexion der Zielerreichung von Maßnahmen sollten Unterschiede nach sozioökonomischen Gruppen besondere Beachtung finden (vgl. Bambra et al. 2020). D. h., die Entwicklungen in einer Public-Health-Krise sollten mit einer Art von „Equity-Brille“ (z. B. Wer ist von der Krise und den Auswirkungen kurz-, mittel- bis langfristig besonders betroffen in Hinblick auf Wohn-, Arbeits-, Lebensbedingungen?) betrachtet werden. Dies ermöglicht es beispielweise auch, vulnerable Gruppen zu identifizieren, und trägt zum einen dazu bei, dass die Aktivitäten zur Eindämmung und Bewältigung einer Krise effektiver sind, und kann zum anderen steigenden gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenwirken. Neben der spezifischen fachlichen Expertise und Perspektive ist es in diesem Zusammenhang auch sehr wichtig, die Partizipation wichtiger Gruppen sicherzustellen (siehe weiter unten), da dies ergänzend wichtige Einblicke für die Planung von Maßnahmen ermöglicht. Relevant ist des Weiteren auch eine „Ressourcenorientierung“ in dem Sinne, dass benachteiligte Gruppen nicht nur als defizitär wahrgenommen werden, sondern auch die in den jeweiligen „Communities“ verfügbaren Ressourcen (z. B. spezifische Netzwerke, soziale Unterstützung etc.) identifiziert und genutzt werden.

Bezüglich „Equity im Fokus“ reicht es aber nicht, nur jeweils einzelne sozioökonomische Faktoren in den Blick zu nehmen, sondern es muss eine „intersektionale“ Perspektive eingenommen werden und die Diversität innerhalb von sozial benachteiligten Gruppen muss berücksichtigt werden. Es ist im wissenschaftlichen Diskurs inzwischen breit anerkannt, dass die Betrachtung einzelner Benachteiligungsmerkmale zu kurz greift, da sich die Betroffenheit mit mehrfacher Benachteiligung

(= intersektionale Perspektive) verstärkt (vgl. z. B. Campell et al. 2020). Ebenso reicht es nicht, nur eine Gruppe in den Blick nehmen oder eine spezifische Gruppe gleichförmig zu betrachten, da es unterschiedliche benachteiligte Gruppen gibt und diese in sich wieder differenziert sind. Die intersektionale Perspektive und die Diversität müssen berücksichtigt werden, damit keine zu kurz greifenden oder falschen Schlüsse gezogen werden und damit auch beispielsweise geeignete Zugänge zu den Zielgruppen und Maßnahmen, die deren Lebensrealitäten mitberücksichtigen, entwickelt werden können.

Ein weiterer Aspekt von „Equity im Fokus“ ist eine entsprechende Datenlage, damit ein kontinuierliches Monitoring unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Faktoren möglich ist (vgl. z. B. EuroHealthNet 2020a; EuroHealthNet 2020b). Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass in Österreich keine ausreichende Verfügbarkeit von Routinedaten, die in Hinblick auf sozioökonomische Faktoren analysiert werden können, besteht. Im Unterschied zu angelsächsischen oder skandinavischen Ländern, wo entsprechendes differenziertes Monitoring auch als Steuerungselement genutzt wird, fehlen damit wesentliche Einblicke in die spezifische Dynamik der Pandemie bzw. in die kurzfristigen Auswirkungen auf unterschiedliche Gruppen. Eine verbesserte Datenlage beispielsweise durch pseudonymisierte Verknüpfung von Routinedaten (wie z. B. Registerdaten), wie mit dem Austrian Micro Data Center bereits geplant und in einigen Bereichen auch schon teilweise umgesetzt, würde raschere und vertiefere Informationen für Public-Health-Analysen liefern, die wesentlicher Bestandteil des Managements einer Public-Health-Krise sein sollten. Darüber hinaus wurden in der COVID-19-Pandemie in Hinblick auf sozioökonomische Determinanten und gesundheitliche Chancengerechtigkeit auch Forschungslücken deutlich. Es gab rasch sehr viele Public-Health-relevante Forschungsarbeiten rund um die Pandemie, aufgrund der Dringlichkeit und der spezifischen Situation (z. B. Lockdown) wurden aber häufig Forschungsmethoden (z. B. Online-Erhebungen, Zufallsstichproben) verwendet, die sozial benachteiligte Gruppen tendenziell ausschließen bzw. die nicht geeignet sind, sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen. Die Literaturanalysen (vgl. Kap. 4) zeigten daher auch, dass trotz des großen Umfangs und der Vielfalt an vorliegenden Forschungsergebnissen vertiefende Analysen nach sozioökonomischen Determinanten (vgl. z. B. Dawid 2021a; Dawid 2021b; Fuchs et al. 2020) sehr beschränkt verfügbar sind. Für die Zukunft wäre daher zu überlegen, wie diese wichtige Perspektive auch in der Forschung besser abgedeckt werden kann. Für Monitoring wie Forschung gilt, dass sich die Analyse nach sozialen und sozioökonomischen Faktoren sowohl auf die akute Situation als auch auf mittel- bis langfristige Auswirkungen (z. B. auf Arbeitsverhältnisse/-bedingungen, Wohn- und Lebensbedingungen) einer Public-Health-Krise beziehen sollten. Es braucht daher auch routinemäßig interdisziplinäres Arbeiten und Kooperation über viele Forschungsinstitutionen und Wissenschaftsbereiche hinweg.

Gesamtgesellschaftliche Perspektive / Gesundheit in allen Politikfeldern: Die COVID-19-Pandemie hat sehr deutlich gemacht, wie eng die verschiedenen Politikfelder zusammenhängen und wie sehr Gesundheit in andere Politikfelder hineinwirkt, aber auch durch diese beeinflusst wird. Die „Pandemie in allen Politikfeldern“ macht laufend sichtbar, in welchem hohem Ausmaß Gesundheit und andere Politik- und Gesellschaftsbereiche – grundsätzlich, aber auch mit Blick auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit bzw. den syndemischen Charakter der Pandemie – miteinander verzahnt sind. Eine essenzielle Wirksamkeit von Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Bewältigung einer Public-Health-Krise kann nur dann erreicht werden, wenn ein Zusammenwirken verschiedenster Politikfelder sichergestellt ist, da die jeweiligen Maßnahmen sich gegenseitig beeinflussen und

sich daher deren Wirkung positiv verstärken oder auch konterkarieren kann (vgl. z. B. Burström/Tao 2020). Eine entsprechende Kooperation ist in Krisensituationen einfacher rasch zu gewährleisten, wenn eine gesamtpolitische und gesamtgesellschaftliche Perspektive auch abseits von Krisenzeiten etabliert ist. Mit den Gesundheitszielen Österreich wird seit zehn Jahren versucht, in Österreich Gesundheit in allen Politikfeldern voranzutreiben. Es gibt diesbezüglich schon viele Fortschritte in der intersektoralen Kooperation, der entsprechende Prozess sollte aber noch verstärkt und besser strukturell abgesichert werden. Gemeinsam sollte es auch möglich sein, übergreifende Lernerfahrungen aus verschiedensten Politikfeldern und Bereichen (z. B. Arbeitsmarkt, Wohnen, Verkehr) u. a. in Hinblick auf Chancengerechtigkeit abzuleiten – insb. auch positive Erfahrungen bzw. Potenziale (z. B. eine veränderte Nutzung des öffentlichen Raums im Zuge der Pandemie mit weniger Konsumorientierung und positiven Effekten für Bewegung, Kultur, soziale Kontakte).

Sozialsystem/Sozialschutz: Das Sozialsystem und insb. Sozialschutzmaßnahmen spielen in Bezug auf die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit und die Auswirkungen der Pandemie auf sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine besondere Rolle. Die Ergebnisse der partizipativen Forschung zeigen, dass vorhandene Sozialschutzsysteme (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe etc.) in der Pandemie massivere Auswirkungen für manche Bevölkerungsgruppen verhindert haben, insbesondere in Kombination mit der teilweise aufgrund der Pandemie erfolgten Anhebung der Leistungen (z. B. wurde die Notstandshilfe auf das Niveau der Arbeitslosenunterstützung angehoben). Wirksam war der Schutz vor allem bei jenen, die schon vor Beginn der Pandemie Leistungen bezogen haben, die ausreichend waren, um den Lebensunterhalt zu sichern. Schwierig war die Situation hingegen für jene, die (noch) nicht anspruchsberechtigt waren (z. B. Selbstständige, Künstler:innen etc.), aber aufgrund der Pandemie mit – teilweise massiven – Einkommenseinbußen konfrontiert waren. Insbesondere für Personen, die sich bereits vor der Krise in einer prekären finanziellen Lage befanden, verschärfte sich die Situation in der Pandemie häufig weiter. So hatten beispielsweise Menschen, die im Niedriglohnsektor tätig waren und ihre Arbeit verloren haben (vgl. z. B. Dawid 2021b), besonders große finanzielle Verluste. Die Inanspruchnahme von Sozialmärkten ist infolgedessen in der Pandemie deutlich gestiegen. Damit die Einkommensausfälle bzw. auch die Preisanstiege in einer solchen Krisensituation nicht existenzbedrohend werden, braucht es rasche und unbürokratische finanzielle Unterstützung. Die Ergebnisse zeigen damit auch, dass ein umfassender staatlicher Sozialschutz auch in der Krise Grundbedürfnisse sichern kann. Wenn dieser grundsätzlich gewährleistet ist, braucht es in einer akuten Krise weniger Aufmerksamkeit dafür, weil die Basis bereits vorhanden ist. International wird darauf verwiesen, dass die Pandemie die Notwendigkeit für einen neuen sozialen Pakt deutlich gemacht hat (vgl. z. B. Bibby et al. 2020).

Unterschiedliche Bedürfnisse und Voraussetzungen berücksichtigen: Bei der Maßnahmenplanung in einer Public-Health-Krise müssen unterschiedliche Bedürfnisse berücksichtigt werden (vgl. Ryan et al. 2020). Für alle Menschen ist es zentral, dass physische und materielle Basisbedürfnisse (Essen, Dach über dem Kopf, sauberes Wasser, ...) sichergestellt werden. Dies ist häufig die Grundlage, damit andere Aspekte ausreichend Aufmerksamkeit bekommen können. Die rasche und unbürokratische Sicherstellung entsprechender Basisbedürfnisse (wie es z. B. auch im Fall einer Naturkatastrophe durch Notunterkünfte, Versorgung mit Essen und Trinken, Kleidung etc. berücksichtigt wird), ist daher bei allen Public-Health-Krisen essentiell. Aus Public-Health-Perspektive

sollte dies auch eine kostenlose medizinische Notversorgung für alle (unabhängig vom Versicherungsstatus), Zugang zu benötigten medizinischen und psychosozialen Unterstützungsleistungen bzw. Zugang zu benötigten Materialien, Schutzausrüstungen und Schutzmaßnahmen (z. B. im Fall der COVID-Pandemie: Masken, Tests) beinhalten. Die Pandemie zeigte aber auch, dass andere Bedürfnisse, wie z. B. sozialer Kontakt und Freizeit, zur Entspannung bzw. zum Ausgleich des erlebten Stresses ebenfalls für alle Menschen essenziell sind. Die unterschiedlichen Voraussetzungen für die Umsetzung empfohlener Maßnahmen nach sozioökonomischem Status (z. B. „Ausgangsverbot“ für wohnungslose Menschen; „Digital Divide“¹⁰ beim „virtuellen“ Zugang zu Angeboten, Leistungen, Informationen) sollten ebenfalls von Anfang an mitbedacht und beachtet werden. Generell ist es wichtig, dabei auch sozioökonomische Unterschiede und Diversität (z. B. auch in Hinblick auf unterschiedliches Alter, Gender) mitzuberücksichtigen. So hat z. B. die Nutzung der öffentlichen Infrastruktur – ausgehend von den individuellen Lebensbedingungen und den verfügbaren Ressourcen – jeweils einen unterschiedlichen Stellenwert (z. B. öffentliche Verkehrsmittel für Menschen ohne Auto, die Nutzung von Parks und Grünräumen für Menschen in beengten Wohnverhältnissen ohne Außenbereich, öffentliche Toiletten für wohnungslose Menschen).

Sozialer Zusammenhalt: Die Pandemie hat Chancen und Herausforderungen für den sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalt aufgezeigt. Vor allem zu Beginn im Frühjahr 2020 war eine große Solidarität spürbar: Es bildeten sich spontan Nachbarschaftshilfeinitiativen, viele Menschen nutzen den teilweisen Stillstand anderer Aktivitäten für Freiwilligenarbeit, und das Zusammengehörigkeitsgefühl wurde tendenziell gestärkt. Dies änderte sich aber mit der Dauer der Krise und aktuell gibt es eher die Befürchtung, dass die Pandemie zu einer steigenden sozialen und gesellschaftlichen Spaltung führen könnte. Einen wichtigen Faktor in Hinblick auf diese Entwicklungen dürfte das – teilweise schwindende bzw. belastete – Vertrauen in Gesellschaft und Politik darstellen. Der soziale Zusammenhalt ist ein sehr wichtiges Thema in Hinblick auf die sozialen Faktoren der Pandemie und auch für gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Er sollte daher in einer Public-Health-Krise von Anfang an mitgedacht und engmaschig – vor allem auch in Hinblick auf die Dynamik im Verlauf einer Krise – beobachtet werden und davon abgeleitet sollten begleitende Maßnahmen zur Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts und insb. auch des Vertrauens geplant und umgesetzt werden. Positiv könnte sich auch die stärkere Sichtbarmachung von positiven Erfahrungen (wie Freiwilligenarbeit, Solidarität) auswirken. Partizipation und Kommunikation (siehe unten) kommt dabei jedenfalls ein wichtiger Stellenwert zu.

Partizipation: Die Partizipation relevanter Zielgruppen ist eine wichtige Strategie, um Unterschiede nach sozioökonomischen Faktoren, diversen Lebensrealitäten etc. berücksichtigen zu können. Entscheidungsträger:innen, Mitarbeiter:innen in Krisenstäben, Wissenschaftler:innen etc. leben nur sehr selten selbst unter prekären sozioökonomischen Bedingungen. Dies macht es – insbesondere unter Handlungsdruck in einer akuten Krise – schwierig, die unterschiedlichen Lebensrealitäten und daraus resultierenden Anforderungen entsprechend mitberücksichtigen zu können. Der direkte Einbezug von Selbstvertreterinnen und -vertretern sozioökonomisch benachteiligter

10

„Digital Divide“ bezieht sich auf ungleiche digitale Ressourcen (z. B. IT-Ausstattung) und Kompetenzen (z. B. Anwenderkenntnisse), die eine Hürde für die Nutzung digitaler Angebote darstellen (können).

oder vulnerabler Gruppen ermöglicht es, deren Bedürfnisse, Wünsche und Handlungsmöglichkeiten in Erfahrung zu bringen, dies in Entscheidungen mitzubedenken bzw. darauf zu reagieren. Partizipation hilft auch dabei, spezifische lokale Bedürfnisse zu analysieren. Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Bewältigung einer Krise können von unterschiedlichen Gruppen unterschiedlich gut mitgetragen, angenommen oder umgesetzt werden bzw. profitieren diese auch in unterschiedlichem Ausmaß davon. Die Einbindung und Konsultation bei der Planung, Kommunikation, Umsetzung, aber auch laufenden Reflexion (z. B. in Form der Rückkoppelung mit relevanten Zielgruppen) von Maßnahmen kann sicherstellen, dass das Krisenmanagement adäquater auf die Bedürfnisse und Lebensrealitäten unterschiedlicher Gruppen ausgerichtet und damit auch effektiver ist.

Kommunikation: Die Pandemie hat auch gezeigt, welche zentrale Rolle Kommunikation spielt. In Hinblick auf soziale und sozioökonomische Faktoren kommen dabei einer möglichst einfachen, leicht verständlichen Sprache („leichte Sprache“), zielgruppenorientierter, unterstützender und wertschätzender Kommunikation sowie Mehrsprachigkeit besondere Relevanz zu (vgl. z. B. Kirchler et al. 2020). Die partizipative Forschung zeigte auch, dass zwar ein Wunsch nach Transparenz, Ehrlichkeit und Sachlichkeit besteht und in der Kommunikation keine Angst erzeugt werden sollte, dass es aber auch ein Zuviel an Information gibt, die wiederum zu Unübersichtlichkeit, Verwirrung und Resignation führt. Es ist wichtig, dass alle Gruppen der Bevölkerung (z. B. auch jene mit Migrationshintergrund) angesprochen werden und dass bei der Kommunikation (beispielsweise von Maßnahmen zur Kriseneindämmung) auf unterschiedliche Lebensrealitäten Rücksicht und Bezug genommen wird (z. B. Ausgangsbeschränkungen bei Menschen, die kein „Zuhause“ haben, da sie wohnungslos sind). Darüber hinaus ist auch zu überlegen, wie spezifische Zielgruppen am besten erreicht werden können, sowohl in Hinblick auf geeignete Kanäle (über spezifische Organisationen oder Einrichtungen; Einbindung von Personen, die Vertrauen in der jeweiligen „Community“ genießen) als auch auf die Aufbereitung der Inhalte. Die Ergebnisse des Projekts bestätigen auch, dass bei Informationen und Kommunikation zwischen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und der direkten Zielgruppe unterschieden werden muss. Für beide Zielgruppen braucht es passende Kanäle und Aufbereitung. Der Einbindung der Zielgruppen (siehe Partizipation) kommt daher auch bei der Planung und Umsetzung von Kommunikationsmaßnahmen ein wichtiger Stellenwert zu.

Menschenrechte, Diskriminierung und Stigmatisierung: International wird in zahlreichen Publikationen darauf verwiesen, dass auch in der Pandemie auf die Beachtung der Menschenrechte und der Gefahr von Diskriminierung und Stigmatisierung einzelner Bevölkerungsgruppen insb. in Hinblick auf sozial und sozioökonomisch benachteiligte Gruppen sowie Menschen mit Migrationshintergrund bzw. People of Color nicht vergessen werden darf (vgl. z. B. Campell et al. 2020; PHE 2020; Razai et al. 2021). Dieses Thema ist auch für Österreich wichtig. So wurde beispielsweise in der partizipativen Forschung angemerkt, dass v. a. zu Beginn der COVID-19-Pandemie bei manchen Gruppen fallweise der Eindruck von „Racial Profiling“ bei der Überwachung der Maßnahmen-einhaltung entstand. Dies untergräbt das Vertrauen in die Gesellschaft bzw. das Zugehörigkeitsgefühl, beides sind aber wichtige Grundlagen bzw. Voraussetzungen für das Mitwirken der Bevölkerung bei der Bewältigung von Krisen. Bei der Planung von Maßnahmen zur Kriseneindämmung sollten daher auch Auswirkungen in Hinblick auf Menschenrechte, Diskriminierung und Stigmatisierung berücksichtigt werden (vgl. auch Dublin City Community Co-op 2020). Partizipation und

Kommunikation (siehe oben) kommt dabei wieder ein wichtiger Stellenwert zu. Im Austausch mit den relevanten Zielgruppen kann eine mögliche Gefahr von Diskriminierung und Stigmatisierung entweder vorab oder rasch während der Umsetzung erkannt und entsprechend gegengesteuert werden. Wertschätzende Kommunikation in Hinblick auf die Lebensrealitäten unterschiedlichster Gruppen mit entsprechender „Ressourcenorientierung“ (siehe auch oben; d. h. Anerkennung der Stärken und Potenziale statt einer vorrangig defizitären Sicht) kann Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenwirken.

Auf eher genereller Ebene findet sich in den internationalen Empfehlungen auch ein klares Plädoyer für eine **Stärkung von Public Health**. Die Kapazitäten in diesem Bereich sollten ausgebaut werden, damit für weitere Public-Health-relevante Krisen ausreichende (insb. auch personelle) Ressourcen zur Verfügung stehen, und auch in **Prävention und Gesundheitsförderung** sollte verstärkt investiert werden (vgl. Burström/Tao 2020; EuroHealthNet 2020a). Des Weiteren wird empfohlen, **für Krisen „vorzusorgen“**, indem in „normalen“ Zeiten gute Voraussetzungen (z. B. existenzsicherndes Sozialschutzsystem) geschaffen werden. Dies ist v. a. auch deshalb wichtig, da – insbesondere in den „akuten“ Phasen – während einer Krise die Ressourcen (insb. auch Zeit und Aufmerksamkeit) knapp sind und bei der notwendigen Priorisierung wichtige Themen fast notgedrungen zu kurz kommen (können). Spezifisch in Hinblick auf die Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren wird beispielsweise auch empfohlen, sich darum zu bemühen, dass die gesellschaftliche Vielfalt auch in möglichst vielen (öffentlichen) Dienstleistungsbereichen abgebildet ist (z. B. Inklusion unterschiedlichster Bevölkerungsgruppen in Gesundheits- und Sozialberufen, aber beispielsweise auch bei der Polizei), da dies in einer Krisensituation viele Vorteile hat. Ebenso erleichtert es das rasche und effektive Handeln in der Krise, wenn die benötigten Strukturen, Prozesse, Netzwerke etc. beispielsweise für Partizipation und Kommunikation bereits vorhanden sind.

Gefordert wird auch die Intensivierung **internationaler Kooperation**, da die COVID-19-Pandemie nochmals sehr deutlich gemacht hat, dass entsprechende Krisen global gut abgestimmte Bewältigungsstrategien brauchen und „Equity-Aspekte“ auch in globaler Perspektive mitgedacht werden müssen. Gut etablierter internationaler Austausch würde auch das Lernen aus internationalen Erfahrungen erleichtern.

Der internationale Diskurs – nicht nur, aber vor allem in der „Public-Health-Community“ – rund um den notwendigen „Wiederaufbau“ nach der COVID-19-Pandemie läuft sehr stark unter dem Motto **„Green and Fair Recovery“** bzw. „Build Back Fairer“ (vgl. insb. Marmot et al. 2020). Es wird gefordert, dass Ökologie und Chancengerechtigkeit im Zentrum der entsprechenden Aktivitäten stehen und der Wiederaufbau auf ökologische Nachhaltigkeit sowie ökonomische und soziale Resilienz abzielt und insbesondere auch die Bedürfnisse der am stärksten betroffenen Gruppen adressiert (Public Health Wales NHS Trust 2021 bzw. Dyakova et al. 2021). Es wird argumentiert, dass sich aktuell bereits mehrere Krisen (wie Pandemie, Klimawandel, Migration, ökonomische Krise; vgl. z. B. Bozorgmehr et al. 2020) überschneiden und dies auch für die Zukunft zu erwarten ist. Öffentliche Investitionen für Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, effektive Prävention und besserer Sozialschutz sind daher aus Public-Health-Perspektive zentral, damit infolge dieser Krisen die Bevölkerungsgesundheit insgesamt und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Besonderen nicht gefährdet sind.

Die COVID-19-Pandemie hat vor allem zu Beginn gezeigt, dass sehr rasch sehr große Veränderungen des Alltags und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen möglich sind. Diese Erfahrung sollte genutzt werden, um rasch relevante Maßnahmen zu setzen, die der **Prävention anderer Krisen** (insb. in Hinblick auf den Klimawandel) dienen. Dies wäre in globaler, regionaler wie lokaler Hinsicht ein wichtiger Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, da historische wie aktuelle Analysen zeigen, dass die Auswirkungen von Krisen nie sozial neutral sind, sondern benachteiligte Gruppe besonders stark treffen.

Abschließend soll nochmals betont werden, dass es aus Sicht dieses Projekts in kurz-, mittel- wie langfristiger Perspektive **wirksamer Strategien und Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit** bedarf. Die Folgen steigender gesundheitlicher Ungleichheit tragen nicht nur die betroffenen Bevölkerungsgruppen, sondern die gesamte Gesellschaft, da sie u. a. mit geringeren Bildungserfolgen, schlechterer Gesundheit, Produktivitätsverlust, höheren Gesundheitsausgaben etc. (vgl. Marmot et al. 2020) verbunden sind. Zunehmende Ungleichheit kann sich in der Folge aber insbesondere auch negativ auf den Zusammenhalt in bzw. die Stabilität der Gesellschaft negativ auswirken. Viele Public-Health-Fachleute fordern daher für die nächsten Jahre einen durchgängigen Fokus auf die Förderung von Chancengerechtigkeit („Build Back Fairer“, siehe oben) mit kurz- bis langfristigen Maßnahmen, die sich u. a. auf Unterstützung in der (frühen) Kindheit, das Bildungssystem, den Arbeitsmarkt, Einkommen für ausreichenden Lebensstandard, gesunde und nachhaltige Communities und Wohngebiete und nicht zuletzt auch auf eine Stärkung der Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention richten.

Literatur

- AK Wien (2020): Arbeitsbedingungen und Berufsprestige. Von Beschäftigten in systemrelevanten Berufen in Österreich. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Wien
- Allianz (2020): Österreichs Lebensstil in der Corona-Krise: Jede/r Zweite lebt zurzeit bewusst gesund [Online]. https://www.allianz.at/de_AT/presse/presseaussendungen/jahr_2020/oesterreichs-lebensstil-in-der-krise.html [Zugriff am 9.12.2021]
- Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus; Reif, Martin; Spath-Dreyer, Ines; Sprenger, Martin; Strapatsas, Michaela; Türscherl, Elisabeth; Vyslouzil, Monika; Wolschlager, Veronika (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Antony, Gabriele; Antosik, Jennifer; Weigl, Marion; Marbler, Carina; Laschkolnig, Anja (2021): Gesundheitsfolgenabschätzung zu Auswirkungen des Lockdowns und Social Distancings zur Eindämmung von COVID-19 auf die Bevölkerung in Österreich. Endbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Apea, V. J.; Wan, Y. I.; Dhairyawan, R.; Puthucheary, Z. A.; Pearse, R. M.; Orkin, C. M.; Prowle, J. R. (2021): Ethnicity and outcomes in patients hospitalised with COVID-19 infection in East London: an observational cohort study. In: BMJ Open 11/1:e042140
- AUSSDA (2021): COVID-19 Social Indicator Survey (SUF edition) [Online]. AUSSDA – The Austrian Social Science Data Archive. <https://data.aussda.at/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.11587/F7CD4D> [Zugriff am 9.12.2021]
- Bambra, C.; Riordan, R.; Ford, J.; Matthews, F. (2020): The COVID-19 pandemic and health inequalities. In: J Epidemiol Community Health 74/11:964–968
- Berkhout, Esmè; Galasso, Nick; Lawson, Max; Morales, Pablo Andrés Rivero; Taneja, Anjela; Pimentel, Diego Alejo Vázquez (2021): The inequality virus. Bringing together a world torn apart by coronavirus through a fair, just and sustainable economy. Oxfam Deutschland e. V., Berlin
- Bhala, Neeraj; Curry, Gwenetta; Martineau, Adrian R.; Agyemang, Charles; Bhopal, Raj (2020): Sharpening the global focus on ethnicity and race in the time of COVID-19. In: The Lancet 395/10238:1673–1676
- Bhopal, R. S. (2020): COVID-19: Immense necessity and challenges in meeting the needs of minorities, especially asylum seekers and undocumented migrants. In: Public Health 182/:161–162
- Bibby, Jo; Everest, Grace; Abbs, Isabel (2020): Will COVID-19 be a watershed moment for health inequalities? The Health Foundation

- Bock-Schappelwein, Julia; Famira-Mühlberger, Ulrike (2020): Ökonomische Folgen von Schulschließungen. WIFO Research Briefs 18/2020. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Bozorgmehr, Kayvan; Saint, Victoria; Kaasch, Alexandra; Stuckler, David; Kentikelenis, Alexander (2020): COVID and the convergence of three crises in Europe. In: *The Lancet Public Health* 5/5:e247–e248
- Brady, Emer; Wullum Nielsen, Mathias; Andersen, Jens Peter; Oertelt-Prigione (2021): Lack of consideration of sex and gender in COVID-19 clinical studies. In: *nature Communications* online:<https://doi.org/10.1038/s41467-41021-24265-41468>
- Burns, Rachel; Fernandez-Reino, Marina; Morris, Marley; Murphy, Lisa; Bola, Guppi (2020): COVID-19 Impact Assessment Framework. Risks and responses for people in the UK immigration system. Migration Exchange, London
- Burström, B.; Tao, W. (2020): Social determinants of health and inequalities in COVID-19. In: *Eur J Public Health* 30/4:617–618
- Campell, Meghan; Fredman, Sandra; Reeves, Aaron (2020): Palliation or protection: How should the right to equality inform the government's response to Covid-19? In: *International Journal of Discrimination and the Law* 20/4:183–202
- Carruthers, Elspeth; Veizis, Apostolos; Kondilis, Elias; McCann, Sophie (2020): Situational Brief: Asylum Seekers and Refugees in Greece during COVID-19. www.migrationandhealth.org
- CHAIN (2020): The COVID-19 pandemic and health inequalities: we are not all in it together. Centre for Global Health Inequalities Research, eurohealthnet.eu
- Charles, Anna; Ewbank, Leo (2020): The road to renewal: five priorities for health and care.
- Chen, D. T.; Wang, Y. J. (2021): Inequality-Related Health and Social Factors and Their Impact on Well-Being during the COVID-19 Pandemic: Findings from a National Survey in the UK. In: *Int J Environ Res Public Health* 18/3:1014. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031014>
- Colombo, Fabio Riccardo; Alicandro, Gianfranco; La Vecchia, Carlo (2021): Area-level indicators of income and total mortality during the COVID-19 pandemic. In: *European Journal of Public Health* 2021/1–5:doi:10.1093/eurpub/ckab1038
- Dawid, Evelyn (2021a): Armutsbetroffene und die Corona-Krise. Eine Erhebung zur sozialen Lage aus der Sicht von Betroffenen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Dawid, Evelyn (2021b): Armutsbetroffene und die CoronaKrise 2.0 Eine zweite Erhebung zur sozialen Lage aus der Sicht von Betroffenen. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- DGB (2021): DGB Verteilungsbericht 2021: Ungleichheit in Zeiten von Corona. DGB Bundesvorstand Abteilung Wirtschafts-, Finanz- und Steuerpolitik, Berlin

- Doblhammer, Gabriele; Reinke, Constantin; Kreft, Daniel (2020): Social disparities in the first wave of COVID-19 infections in Germany: A county-scale explainable machine learning approach. In: medRxiv:2020.2012.2022.20248386
- Douglas, M.; Katikireddi, S. V.; Taulbut, M.; McKee, M.; McCartney, G. (2020): Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. In: BMJ 369/:m1557
- Dragano, Nico; Conte, Arne; Pfortner, Timo-Kolja; Backhaus, Insa (2020): Umgang mit gesundheitlichen Folgen von Wirtschaftskrisen: Lehren aus der Weltfinanzkrise 2007/2008. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- Dublin City Community Co-op (2020): The Impact of Covid-19 on the Most Disadvantaged in Our Communities, Dublin
- DUK (2021a): Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Psyche bei Jugendlichen [Online]. Donau-Universität Krems. https://www.donau-uni.ac.at/de/forschung/projekt/U7_PROJEKT_4294970505 [Zugriff am 9. 12. 2021]
- DUK (2021b): Psychische Gesundheit im Ländervergleich zwischen Österreich und UK während der Ausgangsbeschränkungen aufgrund COVID-19 [Online]. Donau-Universität Krems. https://www.donau-uni.ac.at/de/forschung/projekt/U7_PROJEKT_4294970276 [Zugriff am 9. 12. 2021]
- DUK (2021c): Psychische Gesundheit in der österreichischen Bevölkerung in Zeiten von Coronavirus (COVID-19) [Online]. Donau-Universität Krems. https://www.donau-uni.ac.at/de/forschung/projekt/U7_PROJEKT_4294970268 [Zugriff am 9. 12. 2021]
- Dyakova, Mariana; Couzens, Lauren; Allen, James; van Eimeren, Mischa; Stielke, Anna; Cotter-Robert, Andrew; Kadel, Rajendra; Bainham, Benjamin; Ashton, Kathryn; Stewart, Daniela; Hughes, Karen; Belis, Mark A. (2021): Placing health equity at the heart of the COVID-19 sustainable response and recovery: Building prosperous lives for all in Wales. Public Health Wales NHS Trust, Wales
- ECDC (2020a): Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
- ECDC (2020b): Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. European Centre for disease prevention and control, Stockholm
- ECRI (2021): FAnnual report on ECRI'S activities covering the period from 1 January to 31 December 2020. ECRI European Commission against Racism and Intolerance, Strasbourg
- EEA (2020): COVID-19 and Europe's environment: impacts of a global pandemic. Agency, European Environment, Wiesbaden
- Eggert, Simon; Teubner, Christian; Budnick, Andrea; Gellert, Paul; Kuhlmeier, Adelheid (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin

- Eglau, Karin (2021): Impact of the COVID 19 pandemic on inpatient hospital care in 2020 in selected sectors. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- EIGE (2021): The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU. European Institute for Gender Equality (EIGE), Lithuania
- Emeluromonye, Ifeoma Nneka; Miglietta, Alessandro (2020): Situational Brief: Newly arrived Migrants & Asylum Seekers in Italy during the COVID-19 Pandemic. www.migrationhealth.org
- Entringer, Theresa; Jacobsen, Jannes; Kröger, Hannes; Metzinger, Maria (2021): Geflüchtete sind auch in der Corona-Pandemie psychisch belastet und fühlen sich weiterhin sehr einsam. DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Berlin
- EU (2021): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Union der Gleichheit: Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021- 2030. Europäische Kommission, Brüssel
- EUPHA MIG Section (2020): Migrant status, ethnicity and Corona-19.
- Eurofound (2020): Austria: Working life in the COVID-19 pandemic 2020. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Eurofound (2021): COVID-19: Implications for employment and working life, COVID-19 series. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EuroHealthNet (2020a): Public health foresight in light of COVID-19. Exercise carried out by EuroHealthNet members, led by EuroHealthNet and the Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). EuroHealthNet, <https://eurohealthnet.eu/publications/annual-reports>
- EuroHealthNet (2020b): Recovering from the COVID-19 pandemic and ensuring health equity. The role of the European Semester. EuroHealthNet, www.EuroHealthNet.eu
- EUROSTAT (2021): Arbeitslosenrate im Euroraum. Europäisches Statistisches System, <https://ec.europa.eu/eurostat/de/home>
- Fabiani, M.; Mateo-Urdiales, A.; Andrianou, X.; Bella, A.; Del Manso, M.; Bellino, S.; Rota, M. C.; Boros, S.; Vescio, M. F.; D'Ancona, F. P.; Siddu, A.; Punzo, O.; Filia, A.; Brusaferrero, S.; Rezza, G.; Dente, M. G.; Declich, S.; Pezzotti, P.; Riccardo, F.; Covid-Working Group (2021): Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. In: Eur J Public Health 31/1:37-44
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Ramelow, Daniela; Maier, Gunter (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

- Fiorini, Gianfrancesco; Rigamonti, Antonello E.; Galanopoulos, Charilaos; Adamoli, Martina; Ciriaco, Emanuela; Franchi, Matteo; Genovese, Eleonora; Gorrao, Giovanni; Cella, Silvano G. (2020): Undocumented migrants during the COVID-19 pandemic: socio-economic determinants, clinical features and pharmacological treatment. In: Journal of Public Health Research 9/1852:496-500
- Fuchs, Michael; Premrov, Tamara; Scoppetta, Anette; Cypionka, Thomas; Fink, Marcel; Hofer, Helmut; Riedel, Monika; Steiner, Mario; Stegner, Christoph; Weyerstraß, Klaus; Mehrwalt, Martin; Meyer, Michael; Miller, Reinhard; Mittelberger, Camilla; Weissinger, Lukas; Vandor, Peter; Bock-Schappelwein, Julia; Eppel, Rainer; Fink, Marian; Huemer, Ulrike; Hyll, Walter; Mahringer, Helmut; Mayrhuber, Christine; Moreau, Caroline; Pitlik, Hans; Rocha-Akis, Silvia (2020): COVID-19: Analyse der sozialen Lage in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Fülöp, Gerhard (2021): „COVID-19 in Austria – incidence, mortality and vaccination versus socio-economic aspects“. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Gobierno de Espana; Ministerio de Sanidad (2020): Health Equity and COVID-19. Analysis and proposals to tackle epidemiological vulnerability related to social inequities. Ministerio de Sanidad, Gobierno de Espana, Madrid
- Gosselin, Anne; Desgrées du Lou, Annabel; Casella-Colombeau, Sara; Vignier, Nicolas; Melchior, Maria (2020): Situational Brief: The health of asylum seekers & undocumented migrants in France during COVID-19. www.migrationandhealth.org
- Gottlieb, Nora; Hintermeier, Maren; Bozorgmehr, Kayvan (2020): Situational Brief: COVID-19 & Migration in Germany. www.migrationandhealth.org
- Green, Liz; Morgan, Laura; Azam, Sumina; Evans, Laura; Parry-Williams, Lee; Petchey, Luisa; Bellis, Mark A. (2020): A Health Impact. Assessment of the ‘Staying at Home and Social Distancing Policy’ in Wales in response to the COVID-19 pandemic. Main Report. Public Health Wales NHS Trust, Cardiff
- Griebler, Robert; Gaiswinkler, Sylvia; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Bengough, Theresa; Schmutterer, Irene (2020): Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter. Berichtszeitraum 2005 – 2016/17. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Dietscher, Christina; Flaschberger, Edith; Nowak, Peter (2021): Bereitschaft zur Corona-Schutzimpfung und Gesundheitskompetenz. Factsheet. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK), Wien
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Hämel, K.; Horn, A.; Rolf, A.; Graffmann-Weschke, K.; Peterreit-Haack, G.; Ziech, P.; Hartleb, B.; Hasseler, M.; Koppelin, F.; Seidler, A. (2020): Hintergrundpapier Ermöglichung sozialer

Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19 Pandemie. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen

Hengl, Raphael; Kreczi, Felizia; Maier, Kathrin; Stockreiter, Niklas (2021): Gesundheitsfolgenabschätzung der COVID-19-Maßnahmen. Auswirkungen auf Kinder & Jugendliche. Fachhochschule Burgenland

Hofmann, Barbara; Dagano, Nico; Bolte, Gabriele; Butler, Jeffrey; Icks, Andrea; Knöchelmann, Anja; Lehmann, Frank; Loerbroks, Adrian; Mekel, Odile; Siegrist, Johannes; von dem Knesebeck, Olaf; Wahrendorf, Morten (2020): Hintergrundpapier: Indirekte Gesundheitsfolgen der aktuellen Maßnahmen zum Infektionsschutz in Deutschland. COVID-19, Kompetenznetz Public Health, Bremen

Holtgrewe, Ursula; Lindorfer, Martina; Siller, Carmen; Vana, Irina (2021): „Ich selbst hab zu wenig Kapazitäten, um mein Kind zu motivieren.“ Lernen im Ausnahmezustand – Chancen und Risiken. Ergebnisse der Elternbefragung. ZSI – Zentrum für Soziale Innovation GmbH, Wien

Huber, S.G.; Günther, P.S.; Schneider, N.; Helm, C.; Schwander, M.; Schneider, J.A.; Pruitt, J. (2020): COVID-19 – aktuelle Herausforderungen in Schule und Bildung. Erste Befunde des Schul-Barometers in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Waxmann Verlag GmbH, Münster

IASC (2020): Interim Guidance. COVID-19: Focus on persons deprived of their liberty. Inter-Agency Standing Committee, <https://interagencystandingcommittee.org/>

IHS (2021): AKCOVID-Studie. Die COVID-19 Gesundheits- und Arbeitsmarktkrise und ihre Auswirkungen auf die Bevölkerung [Online]. IHS Institut für Höhere Studien. <https://inprogress.ihs.ac.at/akcovid/> [Zugriff am 9.12.2021]

IMF (2021): Executive Summary. In: International Monetary Fund April/:XVI-XVII

Jenssen, B. P.; Kelly, M. K.; Powell, M.; Bouchelle, Z.; Mayne, S. L.; Fiks, A. G. (2021): COVID-19 and Changes in Child Obesity. In: Pediatrics 147/5:DOI: 10.1542/peds.2021-050123

Jepsen, Maria (2021): COVID-19: Social Impacts of the Covid 19 Crisis and Policy Response. (Eurofound), The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg

Kalleitner, Fabian; Partheymüller, Julia (2021): New work, new inequality: Wer arbeitet im Homeoffice? <https://viecerunivieacat/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog121/>,

Kieslich, Katharina; El-Syes, Seliem; Haddad, Christian; Paul, Katharina T.; Pot, Mirjam; Prainsack, Barbara; Radhuber, Isabella; Schlögl, Lukas; Spahl, Wanda; Weiss, Elias (2020): Vom neuen Miteinander bis zur Erschöpfung: Wie sich der CoronaDiskurs wandelte. SolPan Blog, Universität Wien

Kirchler, Erich; Korunka, Christian; Kritzing, Sylvia; Lamm, Claus; Schober, Barbara; Stamm, Tanja (2020): Psycho-soziale Rahmenbedingungen für eine hohe Beteiligung an den COVID-19 Maßnahmen „Monitoring1“ und „Impfung“. Wien

- KJH (2020): Die Belastung der Kinder- und Jugendhilfe durch die Corona-Krise. Stellungnahme vom 9. April 2020. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200409_OTS0064/die-belastung-der-kinder-und-jugendhilfe-durch-die-corona-krise
- Kluge, Hans Henri P; Jakab, Zsuzsanna; Bartovic, Jozef; d'Anna, Veronika; Severoni, Santino (2020): Refugee and migrant health in the COVID-19 response. In: The Lancet 395/10232:1237-1239
- Kohlbacher, Josef; Köck, Petra; Lehner, Marie (2021): COVID-19 im Flucht- und Integrationskontext – Soziale Implikationen der Pandemie für die syrische und afghanische Community sowie NGOs der Flüchtlingsbetreuung in Wien. Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW), Wien
- Kohlenberger, Judith; Weigl, Marion; Gaiswinkler, Sylvia; Buber-Ennser, Isabella; Rengs, Bernhard (2021): COVID-19 und Migrationshintergrund. Erreichbarkeit, Umgang mit Maßnahmen und sozioökonomische Herausforderungen von Migrant/inn/en und Geflüchteten. Wirtschaftsuniversität Wien, Wien
- Kohlrausch, Bettina; Zucco, Aline (2020): Die Corona-Krise trifft Frauen doppelt. Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. Nr 40·Policy Brief WSI · 05/2020. WSI Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Kompaniyets, L.; Agathis, N. T.; Nelson, J. M.; Preston, L. E.; Ko, J. Y.; Belay, B.; Pennington, A. F.; Danielson, M. L.; DeSisto, C. L.; Chevinsky, J. R.; Schieber, L. Z.; Yusuf, H.; Baggs, J.; Mac Kenzie, W. R.; Wong, K. K.; Boehmer, T. K.; Gundlapalli, A. V.; Goodman, A. B. (2021): Underlying Medical Conditions Associated With Severe COVID-19 Illness Among Children. In: JAMA Netw Open 4/6:e2111182
- Kompetenzzentrum Sucht (2020): Berauscht durch die Krise. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Kuntz, Benjamin; Rattay, Petra; Poethko-Müller, Christina; Thamm, Roma; Hölling, Heike; Lampert, Thomas (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring 3/3:DOI 10.17886/RKI-GBE-12018-17076
- Lancet Migration (2020): Leaving no one behind in the Covid-19 Pandemic: a call for urgent global action to include migrants in the Covid19 response. <https://migrationhealth.org/>
- Lewer, Dan; Braithwaite, Isobel; Bullock, Miriam; Eyre, Max T.; White, Peter J.; Aldridge, Robert W.; Story, Alistair; Hayward, Andrew C. (2020): COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. In: The Lancet Respiratory Medicine 8/12:1181-1181-1191
- Mader, Katharina (2021): Wie hat sich die ökonomische Situation für Frauen durch COVID-19 verändert? 4 FrauenGesundheitsDialog Beyond COVID-19 – Frauengesundheit nach der Pandemie. Online, 11.5.2021

- Malgesini, Graciela (2020): The impact of COVID-19 on people experiencing poverty and vulnerability. Rebuilding Europe with a social heart. European Ant-Poverty Network
- Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Winkler, Petra; Witt-Döring, Fiona (2021): Frühe Hilfen Zahlen, Daten und Fakten 2020. Gesundheit Österreich, Wien
- Marmot, Michael; Allen, Jessica; Goldblatt, Peter; Herd, Eleanor; Morrison, Joana (2020): Build back fairer: the COVID-19 marmot review. Institute of Health Equity, London
- Mayrhuber, Christine; Bock-Schappelwein, Julia (2018): Dimensionen plattformbasierter Arbeit in Österreich und Europa Implikationen für die soziale Sicherheit. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Nitschke, J. P.; Forbes, P. A. G.; Ali, N.; Cutler, J.; Apps, M. A. J.; Lockwood, P. L.; Lamm, C. (2021): Resilience during uncertainty? Greater social connectedness during COVID-19 lockdown is associated with reduced distress and fatigue. In: Br J Health Psychol 26/2:553-569
- Oberndorfer, Moritz; Dorner, Thomas E.; Brunnmayr, Martina; Berger, Katharina; Dugandzic, Belma; Bach, Michael (2021): Health- related and socio- economic burden of the COVID-19 pandemic in Vienna. In: Health and Social Care Community 00/:1-12
- Oertelt-Prigione, Sabine (2020): The impact of sex and gender in the COVID-19 pandemic. European Commission, Brussels
- Office for National Statistics (2020): Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales: 2 March 2020 to 10 April 2020.
- Owen, Ruth (2020): COVID19 Response & Homelessness in the EU. FEANTSA
- Partheymüller, Julia; Eberl, Jakob-Moritz (2021): Impfbereitschaft: Wer sind die Zögerlichen? <https://viecerunivieacat/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog128/>, Universität Wien
- Partheymüller, Julia; Eberl, Jakob-Moritz; Paul, Katharina T. (2021): Warum sich manche (noch) nicht impfen lassen: Besorgnis um Nebenwirkungen, mittelmäßige Informiertheit, Zweifel am Nutzen. <https://viecerunivieacat/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog127/>, Universität Wien
- Pförtner, Timo-Kolja; Siegrist, Johannes; von dem Knesebeck, Olaf; Wahrendorf, Morten (2020): Hintergrundpapier. Gesundheitliche Folgen der COVID-19 Pandemie bei prekär Beschäftigten. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- PHE (2020): Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups. Public Health England, London
- Pieh, C.; T. O. Rourke; Budimir, S.; Probst, T. (2020): Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. In: PLoS One 15/9:e0238906

- Platt, Lucinda; Warwick, Ross (2020): Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others? In: Institute for fiscal studies 1/05:2020
- querraum (2020): Evaluation der Online Gesundheitskreise während der Lockdown-Zeit. Im Rahmen des Projektes Kräfte stärken – Trauma bewältigen. querraum. kultur- & sozialforschung, Wien
- Raparelli, Valeria; Palmier, Luigi; Canevelli, Marco; Pricci, Flavia; Unim, Birgid; Noce, Cinzia Lo; Vilani, Emanuele R.; Rochon, Paula A.; Pilote, Louise; Vanacore, Nicola; Onder, Graziano (2020): Sex differences in clinical phenotype and transitions of care among individuals dying of COVID-19 in Italy. In: BMC Public Health:<https://doi.org/10.1186/s13293-13020-00334-13293>
- Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Erhart, M.; Devine, J.; Schlack, R.; Otto, C. (2021): Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. In: Eur Child Adolesc Psychiatry online/25 January 2021:<https://doi.org/10.1007/s00787-00021-01726-00785>
- Razai, M. S.; Kankam, H. K. N.; Majeed, A.; Esmail, A.; Williams, D. R. (2021): Mitigating ethnic disparities in covid-19 and beyond. In: BMJ 372/:m4921. <http://dx.doi.org/4910.1136/bmj.m4921>
- Ringler, Paul; Baumegger, David (2020): Zur Situation von Eltern während des zweiten Lockdowns in der Coronapandemie. SORA – Institute for Social Research and Consulting, Wien
- Riou, Julien; Panczak, Radoslaw; Althaus, Christian L.; Junker, Christoph; Perisa, Damir; Schneider, Katrin; Criscuolo, Nicola G.; Low, Nicola; Egger, Matthias (2021): Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. In: The Lancet Public Health Online/July 9:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(1021\)00160-00162](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(1021)00160-00162)
- Rodrigues, Ricardo; Simmons, Cassandra; Schmidt, Andrea E.; Steiber, Nadia (2021): Care in times of COVID-19: The impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. In: European Journal of Ageing volume 18/:195–205
- Roederer, Thomas; Mollo, Bastien; Vincent, Charline; Nikolay, Birgit; Llosa, Augusto; Nesbitt, Robin; Vanhomwegen, Jessica; Rose, Thierry; Anna, François; Torre, Corinne; Fourrey, Emilie; Simons, Erica; Goyard, Sophie; Janin, Yves; Charneau, Pierre; Vratskikh, Oxana; Coury, Anneliese; Vanel, Stefan; Mendiharat, Pierre; Porten, Klaudia; Hennequin, William; Mills, Clair; Luquero, Francisco (2021): High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France. In: The Lancet 6/4:E202–E209
- Rothmüller, Barbara; Wiesböck, Laura (2021): Intimität, Sexualität und Solidarität in der COVID-19-Pandemie. Bericht über erste Ergebnisse. Sigmund Freud Privatuniversität, Wien
- Ryan, B. J.; Coppola, D.; Canyon, D. V.; Brickhouse, M.; Swienton, R. (2020): COVID-19 Community Stabilization and Sustainability Framework: An Integration of the Maslow Hierarchy of Needs and Social Determinants of Health. In: Disaster Med Public Health Prep 14/5:623–629

- Saitovic, Maja; Szilvasi, Marek (2021): Should Governments consider Roma a priority in their COVID-19 Vaccination roll-out plans? European public health alliance, Brussels
- Schmidt, Andrea E.; Stumpfl, Sophie; Rodrigues, Ricardo; Simmons, Cassandra; Steiber, Nadia (2021): Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf während der COVID-19-Krise. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Seidler, Andreas; Schubert, Melanie; Petereit-Haack, Gabriela; Horn, Annett; Kämpf, Daniel; Westerman, Ronny (2020): Soziale Isolation als Sterblichkeitsrisiko für ältere Menschen. Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen
- SENGPG (2020): Das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen in Berlin – Zusammenhang mit Soziodemografie und Wohnumfeld. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit Referat für Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle, Berlin
- Simon, Judit; Helter, Timea M.; White, Ross G.; van der Boor, Catharina; Łaszewska, Agata (2020a): Capability impacts of the Covid-19 lockdown in association with mental well-being, social connections and existing vulnerabilities: an Austrian survey study. In: medRxiv:2020.2011.2014.20231142
- Simon, Judit; Laszewska, Agata; Helter, Timea (2020b): Impact of COVID-19 on mental health and wellbeing in Austria: Dataset. Zenodo, <https://doi.org/10.5281/zenodo.4271534>
- Sobotka, Tomáš; Brzozowska, Zuzanna; Muttarak, Raya; Zeman, Kryštof; di Lego, Vanessa (2020): Age, gender and COVID-19 infections. In: medRxiv 2020/05.24:20111765. <https://doi.org/20111710.20111101/20112020.20111705.20111724.20111765>
- SORA (2020): Zur psycho-sozialen Situation der WienerInnen während der CoronaPandemie. Wien, 6.10.2021
- Stadt Wien (2020): Frauengesundheit und Corona. Sammelband des Wiener Programms für Frauengesundheit. Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programm für Frauengesundheit, Wien
- Statistik Austria (2021a): COVID-19 Prävalenzstudien [Online]. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/covid19/covid19_praevalenz/index.html [Zugriff am 9.12.2021]
- Statistik Austria (2021b): Pressemitteilung: 12.468-059/21. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2021c): Retrospektive: Probleme seit Beginn der Corona-Pandemie (COVID-19 Prävalenzstudie: November 2020). Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2021d): Statistisches Jahrbuch. Migration & Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren. Statistik Austria, Wien

- Steiber, Nadia; Muttarak, Raya (2020): Occupational Covid-19 hazard in Austria: Are women really more exposed? Demographic aspects of the Covid-19 pandemic and its consequences. online, November 20 – December 1, 2020
- Steiner, Mario; Köpping, Maria; Leitner, Andrea; Lassnigg, Lorenz (2020): Lehren und Lernen unter Pandemiebedingungen. Was tun, damit aus der Gesundheits- nicht auch eine Bildungskrise wird? Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), Wien
- Steinert, Janina; Ebert, Cara (2020): Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland während COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen: Zusammenfassung der Ergebnisse. Hochschule für Politik München, TUM School of Governance, München
- Stolz, E.; Mayerl, H.; Freidl, W. (2021): The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. In: Eur J Public Health 31/1:44-49
- Suleman, Mehrunisha; Sonthalia, Shreya; Webb, Caitlin; Tinson, Adam; Kane, Martina; Bunbury, Sabrina; Finch, David; Bibby, Jo (2021): Unequal pandemic, fairer recovery. The COVID-19 impact inquiry report. The Health Foundation, London
- Tallarek, M.; Bozorgmehr, K.; Spallek, J. (2020): Towards inclusionary and diversity-sensitive public health: the consequences of exclusionary othering in public health using the example of COVID-19 management in German reception centres and asylum camps. In: BMJ Glob Health 5/12:e003789. doi:003710.001136/ bmjgh-002020-003789
- The Co-op (2020): The Impact of Covid-19 on the Most Disadvantaged in Our Communities. Dublin City Community Co-operative (The Co-op), Dublin
- Todd, A.; Bambra, C. (2021): Learning from past mistakes? The COVID-19 vaccine and the inverse equity hypothesis. In: Eur J Public Health 31/1:2
- Turner-Musa, J.; Ajayi, O.; Kemp, L. (2020): Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. In: Healthcare (Basel) 8/2:168, doi:110.3390/healthcare8020168
- UHasselt (2021): The Comix Study [Online]. <https://www.uhasselt.be/UH/71795-start/The-CoMix-study> [Zugriff am 9. 12. 2021]
- UN (2020a): COVID-19 and minority rights: overview and promising practices. United Nations Human Rights, Copenhagen
- UN (2020b): COVID-19 and the human rights of LGBTI people. United Nations Human Rights, Copenhagen
- UN (2020c): COVID-19 and women's human rights: Guidance. United Nations Human Rights, Copenhagen
- UN (2020d): Policy Brief: COVID-19 in an Urban World. United Nations Human Rights, Copenhagen
- UN (2020e): Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children. United Nations Human Rights, Copenhagen

- Universität Bielefeld (2020): Sozial vulnerable Kinder und Jugendliche müssen in das Zentrum der Aufmerksamkeit rücken. Die Auswirkungen der Pandemie können erhebliche soziale Kosten in der nachwachsenden Generation junger Menschen erzeugen. Stellungnahme des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) an der Universität Bielefeld. Bielefeld
- Universität Wien (2021a): Austrian Corona Panel Data: Method Report [Online]. <https://viecer.univie.ac.at/coronapanel/austrian-corona-panel-data/method-report/> [Zugriff am 9. 12. 2021]
- Universität Wien (2021b): Die Studie "Lernen unter COVID-19 Bedingungen" geht weiter! [Online]. <https://lernencovid19.univie.ac.at/> [Zugriff am 9. 12. 2021]
- van Bavel, J. J.; Baicker, K.; Boggio, P. S.; Capraro, V.; Cichocka, A.; Cikara, M.; Crockett, M. J.; Crum, A. J.; Douglas, K. M.; Druckman, J. N.; Drury, J.; Dube, O.; Ellemers, N.; Finkel, E. J.; Fowler, J. H.; Gelfand, M.; Han, S.; Haslam, S. A.; Jetten, J.; Kitayama, S.; Mobbs, D.; Napper, L. E.; Packer, D. J.; Pennycook, G.; Peters, E.; Petty, R. E.; Rand, D. G.; Reicher, S. D.; Schnall, S.; Shariff, A.; Skitka, L. J.; Smith, S. S.; Sunstein, C. R.; Tabri, N.; Tucker, J. A.; Linden, S. V.; Lange, P. V.; Weeden, K. A.; Wohl, M. J. A.; Zaki, J.; Zion, S. R.; Willer, R. (2020): Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. In: *Nat Hum Behav* 4/5:460-471
- Van Lancker, Wim; Parolin, Zachary (2020): COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. In: *The Lancet Public Health* 5/5:e243-e244
- Volkshilfe (2020): Umfrage zu Corona & Kinderarmut. Pressekonferenz 8.7.2020
- Wachtler, Benjamin; Michalski, Niels; Nowossadeck, Enno; Wahrendorf, Morten (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. In: *Journal of Health Monitoring* 5/S7:3-17
- Wagner, Michael; Willeit, Robert; Lamprecht, Bernd (2020): Ergebnisse der Erstuntersuchung der Schul-SARS-CoV-2-Monitoringstudie. Wien
- Wahrendorf, Morten; Knöchelmann, Anja; von dem Knesebeck, Olaf; Vonneilich, Nice; Bolte, Gabriele; Lehmann, Frank; Schmidt, Maïke Jelena; Butler, Jeffrey; Schmidt, Felicitas; Böhm, Claudia; Lunau, Thorsten; Dragano, Nico (2020): Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? COVID-19, Kompetenznetz Public Health, Bremen
- Wamoyi, Joyce; Ranganathan, Meghna; Kyegombe, Nambusi; Stoebenau, Kirsten (2019): Improving the Measurement of Transactional Sex in Sub-Saharan Africa: A Critical Review. In: *Acquir Immune Defic Syndr* 80/4:367-374
- Wei, Shu Qin; Bilodeau-Bertrand, Marianne; Liu, Shiliang; Auger, Nathalie (2021): The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: *CMAL* 193/16:E540-E548

- WHO (2020a): Adressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic. World Health Organization, Copenhagen
- WHO (2020b): COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement. World Health Organization, Copenhagen
- WHO (2020c): Gender and COVID-19. World Health Organization, Copenhagen
- WHO (2020d): Health inequity and the effects of COVID-19: assessing, responding to and mitigating the socioeconomic impact on health to build a better future. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2020e): Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization, Copenhagen
- Willeit, Peter; Robert, Krause; Lamprecht, Bernd; Berghold, Andrea; Hanson, Buck; Stelzl, Evelyn; Stoiber, Heribert; Zuber, Johannes; Heinen, Robert; Köhler, Alwin; Bernhard, David; Borena, Wegene; Doppler, Christian; von Laer, Dorothee; Schmidt, Hannes; Pröll, Johannes; Steinmetz, Ivo; Wagner, Michael (2020): Prevalence of RT-PCR-detected SARS-CoV-2 infection at schools: First results from the Austrian School-SARS-CoV-2 Study. BMBWF Austria, Wien
- Williamson, E. J.; Walker, A. J.; Bhaskaran, K.; Bacon, S.; Bates, C.; Morton, C. E.; Curtis, H. J.; Mehrkar, A.; Evans, D.; Inglesby, P.; Cockburn, J.; McDonald, H. I.; MacKenna, B.; Tomlinson, L.; Douglas, I. J.; Rentsch, C. T.; Mathur, R.; Wong, A. Y. S.; Grieve, R.; Harrison, D.; Forbes, H.; Schultze, A.; Croker, R.; Parry, J.; Hester, F.; Harper, S.; Perera, R.; Evans, S. J. W.; Smeeth, L.; Goldacre, B. (2020): Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. In: Nature 584/7821:430-436
- Wise, Jacqui (2020): Covid-19: Low skilled men have highest death rate of working age adults. In: BMJ 2020/369:m1906: doi: 1910.1136/bmj.m1906
- WKO (2020): Wirtschaftslage und Prognose. WKO Statistik Österreich
- Zartler, Ulrike (2020): Corona - eine Zumutung für Familien? Symposium "Leben mit Corona". Institut für Höhere Studien, 30.6.2020
- Zinn, Sabine (2020): Spotlights der SOEP-CoV Studie (1). Familienleben in Corona-Zeiten. DIW Berlin - Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., www.diw.de